



Formulaire de CHANGEMENT des avantages sociaux collectifs

Employé

Employeur :		Division :	Classe :	Certificat :
Nom de famille :		Prénom :		Couverture : <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Refus
Date d'entrée en vigueur : (aaaa/mm/jj)	Raison du changement :			

Époux(se) / Conjoint(e) de fait

Action : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance : (aaaa/mm/jj)	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
---	-------------------------	-----------------	---	--

Note : Si conjoint de fait, la cohabitation a débuté le (aaaa/mm/jj) ____ / ____ / ____.

Enfants

Action : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance : (aaaa/mm/jj)	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Étudiant de 21 à 24 ans <input type="checkbox"/> Handicapé
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Étudiant de 21 à 24 ans <input type="checkbox"/> Handicapé
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Étudiant de 21 à 24 ans <input type="checkbox"/> Handicapé
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Étudiant de 21 à 24 ans <input type="checkbox"/> Handicapé
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Étudiant de 21 à 24 ans <input type="checkbox"/> Handicapé
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Étudiant de 21 à 24 ans <input type="checkbox"/> Handicapé

Note : Les enfants de 21 à 24 ans doivent être des étudiants à temps plein pour bénéficier de la couverture. Veuillez remplir le formulaire « d'admissibilité de l'étudiant ».

Bénéficiaire

Nom de famille :	Prénom :	Relation :
-------------------------	-----------------	-------------------

Note : Je nomme comme bénéficiaire révocable de toute assurance payable advenant mon décès. Dans le cas où la personne désignée est mineure, je nomme par la présente comme fiduciaire : (nom) _____, (relation avec l'employé) _____.

Refus

Je déclare que mon époux(se) dispose d'une couverture par l'entremise de son employeur et je désire refuser les avantages sociaux ci-dessous. Je comprends que je peux adhérer à nouveau si mon époux(se) perd sa couverture. Je comprends également que pour adhérer de nouveau sans condition, je dois le faire dans les 30 jours de la perte de couverture, sinon je devrai fournir la preuve d'un état de santé satisfaisant et ma demande devra être approuvée.

- Maladie
- Soins dentaires

Compagnie d'assurance et police de mon époux(se) :

Coordination des prestations (CDP)

Je déclare que mon époux(se) dispose d'une couverture par l'entremise de son employeur et j'ai indiqué le type de couverture qui s'applique.

- Maladie pour l'époux(se) seulement
- Soins dentaires pour l'époux(se) seulement
- Maladie pour l'époux(se) et la (les) personne(s) à charge
- Soins dentaires pour l'époux(se) et la (les) personne(s) à charge

Compagnie d'assurance et police de mon époux(se) :

Déclaration

Je déclare que les informations fournies ici sont vraies, complètes et exactes. Une copie de cette autorisation sera considérée comme valide autant que l'original.

Signature de l'employé :

Date : (aaaa/mm/jj)

Signature de l'employeur :

Date : (aaaa/mm/jj)