



Ce formulaire fournit les changements d'état chez l'employé.e qui affectent les prestations collectives

Nom de l'assuré.e		Numéro de police		N° de l'employé/du certificat	
Nom de l'employé.e Nom de famille				Prénom	
Numéro d'assurance soc.					
Adresse de l'employé.e (si elle a changée)					

1. Changement personnel/couverture

Demande de couverture des soins de santé familiale/individuelle

Demande de couverture dentaire familiale/individuelle

Ajout de personnes à charge

Raison : Mariage/Conjoint de fait

Naissance/Adoption d'un enfant

Perte de couverture conjugale

Nom de personnes à charge admissibles Nom de famille, Prénom	Sexe H / F	Lien avec l'assuré.e	Date de naissance mm/jj/aaaa	Situation sociale E= Étudiant T/P X=Handicapé	Autre couverture en vigueur		Date d'entrée en vigueur* mm/jj/aaaa
					Santé Oui/Non	Dentaire Oui/Non	
Conjoint							
Personne à charge							
Personne à charge							
Personne à charge							

*Indiquer la date à laquelle les personnes à charge sont devenues admissibles p. ex. date de mariage, date d'annulation de la couverture conjugale

Cette déclaration doit être complétée par le conjoint vivant en rapport de fait : Je déclare que je co-habite avec _____ comme conjoint de fait, depuis _____. Je demande l'option de prestations de personnes à charge pour cette personne ainsi que ses enfants biologiques (s'il y a lieu). Je comprends que toute couverture pour un conjoint précédent, le cas échéant, sera annulée. Je déclare par la présente que les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature de l'employé.e_____
Date

2. Cessation des prestations de santé et/ou dentaires seulement

Annuler les prestations de santé pour cause de couverture conjugale existante

Annuler les prestations dentaires pour cause de couverture conjugale existante

Date d'entrée en vigueur _____ mm/jj/aaaa

3. Cessation de couverture de personne à charge

Je ne réclame plus de couverture familiale et demande de retirer toutes les personnes à charge. Veuillez modifier la couverture pour lire situation célibataire à partir de :

Date d'entrée en vigueur (mmm/jj/aa)

Je désire poursuivre la couverture familiale, mais je demande la résiliation des personnes à charge suivantes, n'ayant plus droit :

Nom de la personne à charge	Raison du changement	Date de résiliation mm/jj/aaaa

4. Modification du bénéficiaire

Sauf avis contraire, la nomination de bénéficiaire est «révocable». Si aucun bénéficiaire n'est nommé, le bénéficiaire sera la succession. Les résidents de la province de Québec noteront que la nomination d'un conjoint comme bénéficiaire est considérée «irrévocable» à moins que la mention «révocable» ne soit dûment écrite après le nom du conjoint.

Nom de famille et prénom complet	Pourcentage	Lien avec l'employé.e

Pour les employés.es ayant des bénéficiaires mineurs : Je nomme (nom complet) _____, le _____, 20____ comme fiduciaire pour recevoir tout montant payable à un bénéficiaire mineur, mentionné dans la présente police.

Signature de l'employé.e_____
Date

5. Cessation de la couverture

Fin de l'emploi

Autre

Préciser la raison si autre que fin d'emploi _____

Date de cessation mm/jj/aaaa _____

6. Modification des données de l'employé.e

Changement de salaire : Annuel Bi-mensuel Horaire

Salaire _____

Date d'entrée en vigueur _____ mm/jj/aaaa

Changement de nom : Nouveau nom _____

de famille : _____

Date d'entrée en vigueur _____ mm/jj/aaaa

7. Modification de classe/division

Classe

Ancienne classe _____ Nouvelle classe _____

Date d'entrée en vigueur _____

Division

Ancienne division _____ Nouvelle division _____

Date d'entrée en vigueur _____ mm/jj/aaaa

Signature de l'employé.e et/ou promoteur de régime_____
Date