

Assurance collective Demande de service
ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ(E)

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____

A. CHANGEMENT DE COORDONNÉES	Adresse _____		Ville _____		Province _____		Code postal _____	
	Téléphone _____		(____) _____ - _____		(____) _____ - _____		(____) _____ - _____	
	Maison		Travail		Cellulaire			
Courriel _____								

B. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE	DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	%	Révocable	Irrévocable	Lien de parenté avec l'employé(e)	
	Prénom	Nom de famille			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Total (doit être égal à 100%)							
	DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	%	Révocable	Irrévocable	Lien de parenté avec l'employé(e)	
	Prénom	Nom de famille			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Total (doit être égal à 100%)							

Dans le cas d'un bénéficiaire mineur, veuillez désigner un fiduciaire : _____
 Lien du fiduciaire avec l'employé(e) : _____

À moins d'avis contraire ou que cela ne soit pas permis par la loi, toute désignation de bénéficiaire est révocable à moins que vous ne spécifiez qu'elle soit irrévocable. Si un bénéficiaire est désigné à titre irrévocable, soyez avisé que son consentement sera requis lors de toute demande qui pourrait affecter ses droits, incluant la désignation d'un nouveau bénéficiaire. Au Québec, la désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est automatiquement irrévocable, à moins d'indication contraire. La police ne confère aucun droit aux bénéficiaires en sous-ordre avant le décès des bénéficiaires primaires.

C. CHANGEMENT DE NOM	Veuillez noter mon changement de nom à : _____	
	Prénom	Nom
	Ce changement est effectif le : ____/____/____ Raison pour le changement : <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Autre	

DD MM YYYY

À noter : Un changement de nom en raison d'un changement d'état matrimonial peut également exiger un changement dans les personnes à charge. Veuillez réviser la section D. Veuillez fournir une copie du permis de conduire, passeport, certificat de naissance ou certificat de mariage.

D. MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE	Changement à une protection : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale		Date effective : ____/____/____	
	<input type="checkbox"/> Monoparentale* <input type="checkbox"/> Couple*		JJ MM AAAA	
	* Si votre contrat ne prévoit pas cette option, la couverture familiale sera retenue.		Date de mariage /	
	Raison: <input type="checkbox"/> Naissance <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Cohabitation		début de cohabitation : ____/____/____	
			JJ MM AAAA	

	Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Conjoint(e)* <input type="checkbox"/> ajouter <input type="checkbox"/> supprimer			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant <input type="checkbox"/> ajouter <input type="checkbox"/> supprimer			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant <input type="checkbox"/> ajouter <input type="checkbox"/> supprimer			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

* Si le conjoint a une autre couverture, veuillez remplir la section E.

Signature de l'employé(e)

Je soussigné déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance, et j'autorise la Compagnie à effectuer tous les changements demandés.

Signature de l'employé(e) _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ(E)

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____

E. COORDINATION DES PRESTATIONS	Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance maladie sous son propre régime d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date effective ___/___/_____ JJ MM AAAA	
	Si oui, est-ce une couverture d'assurance maladie : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale		
	Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance dentaire sous son propre régime d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date effective ___/___/_____ JJ MM AAAA	
	Si oui, est-ce une couverture d'assurance dentaire : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale		
Nom de l'assureur du conjoint : _____		Numéro du contrat : _____	

F. RENONCIATION AUX GARANTIES	Remarque: Toutes les garanties offertes sous votre régime d'assurance collective sont obligatoires. Cependant, vous pouvez renoncer aux garanties d'assurance maladie et dentaire si vous possédez une protection similaire en vertu du régime de votre conjoint/conjointe.		
	Je comprends les modalités du régime d'assurance collective qui m'est offert, mais je renonce à participer à :		
		Vous et vos personnes à charge	Vos personnes à charges
	Date effective ___/___/_____ JJ MM AAAA	Assurance maladie <input type="checkbox"/> Assurance dentaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si vous perdez la protection offerte par le régime de votre conjoint/conjointe, vous disposez d'un délai de 31 jours pour présenter une demande de protection. Une fois ce délai terminé, vous et vos personnes à charge devez fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par Assomption Vie afin d'être couvert. Des restrictions et des limites s'appliquent à l'assurance dentaire pour toute adhésion tardive.			
Nom de l'assureur du conjoint : _____		Numéro du contrat : _____	

Signature de l'employé(e)

Je soussigné déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance, et j'autorise la Compagnie à effectuer tous les changements demandés.

 Signature de l'employé(e)

 Date (JJ/MM/AAAA)

À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR

G. CHANGEMENT DE SALAIRE	Salaire _____ \$ <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel	Date effective (JJ/MM/AAAA) ___/___/_____
H. CESSATION DE LA COUVERTURE	Veuillez annuler l'assurance de l'employé(e) ci-dessus à compter du : (JJ/MM/AAAA) ___/___/_____ Raison : <input type="checkbox"/> Terminaison de l'emploi <input type="checkbox"/> Mise à pied temporaire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	
I. RETOUR AU TRAVAIL	L'employé(e) a repris ses fonctions à compter du (JJ/MM/AAAA) : ___/___/_____	

Signature de l'employeur

Je soussigné déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance, et j'autorise la Compagnie à effectuer tous les changements demandés.

 Signature de l'employeur

 Date (JJ/MM/AAAA)