

DEMANDE DE MODIFICATION

À usage interne seulement

Date d'entrée en vigueur

Numéro de certificat

À remplir par l'employeur (à l'ENCRE en lettres moulées.)

Nom de l'entreprise		Numéros d'entreprise/de division	
Nom de l'employé		Numéro de certificat	
<input type="checkbox"/> Changement de profession		Nouvelle profession	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> Changement de salaire	Rémunération habituelle \$	Fréquence <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuelle <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Horaire	Si « Horaire », nombre d'heures par semaine :
<input type="checkbox"/> Changement de division/classe	Ancienne division/classe	Nouvelle division/classe	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> Terminer l'assurance de l'employé Dernier jour de travail (AAAA/MM/JJ)		<input type="checkbox"/> Départ de l'employé <input type="checkbox"/> Autre raison (veuillez spécifier)	
<input type="checkbox"/> Réactiver l'assurance de l'employé			Date du retour au travail (AAAA/MM/JJ)
Signature de l'employeur			Date

À remplir par l'employé (à l'ENCRE en lettres moulées.)

Veuillez cocher le(s) changement(s) à effectuer et fournir TOUS les renseignements requis pour CHAQUE endroit coché.

<input type="checkbox"/> Changement d'adresse	Nouvelle adresse	
	Province d'emploi (si elle diffère)	
<input type="checkbox"/> Changement de nom de l'employé	Ancien nom	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	Nouveau nom	
	Raison du changement	
<input type="checkbox"/> Nouvel état matrimonial (Si cette case est cochée, voir les parties <i>Personnes à charge</i> et <i>Désignation de bénéficiaire</i> ci-après.)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
	<input type="checkbox"/> Union de fait (Veuillez donner la date du début de la cohabitation.)	
<input type="checkbox"/> Ajouter des garanties	<input type="checkbox"/> Assurance maladie <input type="checkbox"/> Assurance dentaire (Si vous demandez une protection familiale, vous devez inscrire ci-dessous la liste de toutes vos personnes à charge) Protection antérieure en vertu du régime du conjoint? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, jusqu'à (AAAA/MM/JJ)	
<input type="checkbox"/> Annuler la protection en double <input type="checkbox"/> Changer la protection en double <i>Le cas échéant, les versements des prestations sont coordonnés entre ce régime et le régime du conjoint.</i>	<input type="checkbox"/> Assurance maladie <input type="checkbox"/> Assurance dentaire Nom de l'autre assureur	
	Par quel type de garanties collectives votre conjoint est-il couvert auprès de son employeur? Assurance maladie <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Renoncé <input type="checkbox"/> Aucune Assurance dentaire <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Renoncé <input type="checkbox"/> Aucune	
<input type="checkbox"/> Personnes à charge	<input type="checkbox"/> Changer la protection de familiale à individuelle Raison	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
	<input type="checkbox"/> Changer la protection d'individuelle à familiale Raison	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)

3

Inscrire la liste de toutes les personnes à charge touchées par ce changement, y compris votre conjoint (à l'ENCRE en lettres moulées.)

	Date du changement (AAAA/MM/JJ)	Prénom et nom	Lien avec l'employé*	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					

Pour être admissibles à l'assurance maladie complémentaire, vous et vos personnes à charge devez tout d'abord bénéficier d'une protection au titre du régime d'assurance maladie provincial.

*Si la personne à charge ayant dépassé l'âge limite a une déficience fonctionnelle, veuillez remplir la *Demande de protection pour personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite*. Si la personne à charge a dépassé l'âge limite, veuillez remplir la *Demande de protection pour personnes à charge ayant dépassé l'âge limite*. Pour plus de détails, communiquez avec l'administrateur de votre régime.

Désignation de bénéficiaire Veuillez écrire à l'encre et en lettres moulées (toute information corrigée ou rayée doit être paraphée par l'employé) Je désigne, par la présente, la(les) personne(s) ci-dessous mentionnée(s), comme bénéficiaire de tout montant d'assurance vie payable en vertu de ma participation à ce régime.

Nom	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

4

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : Selon les pourcentages indiqués ci-dessus (doivent totaliser 100 %) En parts égales entre les survivants

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit : **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur

Si le bénéficiaire est un mineur, je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet

Lien avec l'employé

Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.

Québec seulement : Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

5

Signature de l'employé (veuillez signer et dater.)

Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets.

J'autorise Avantage Maximum à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime.

J'ai été avisé(e) qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site www.avantagemaximum.ca ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

Une photocopie ou une version électronique de la présente **Déclaration et autorisation** est aussi valide que l'original.

Une photocopie ou une version électronique du présent formulaire **ne peut pas** être utilisée pour la désignation de bénéficiaire.

Signature de l'employé _____ Date _____