

FORMULAIRE DE CHANGEMENTS

Ce formulaire est complété pour un :

Changement de nom	Changement d'adresse	Changement de statut
Changement de Plan	Changement de Bénéficiaire	Retrait de Dépendant

Nom du détenteur de la Police : _____ No de Police : _____ No de Certificat : _____
 Nom de L'Employé assuré : _____ Prénom : _____
 Nom de jeune fille: _____ Lieu de naissance : _____

Demande de Changement de Nom

Le nom de l'Employé a été changé pour la raison ci-dessous indiquée. Veuillez l'inscrire dans vos registres

Ancien Nom : _____ Nouveau Nom : _____
 Raison de ce changement : Mariage Divorce Décision Judiciaire Autres

Demande de Changement d'Adresse

L'adresse de l'Employé ci-dessus a été changé, veuillez l'inscrire dans vos registres.

Nouvelle Adresse : _____ Télé : _____

Demande de Changement de statut

En accord avec les termes de la Police, je demande que mon statut soit modifié tenant compte du/des changement (s) ci-dessous.

Ancien Statut : _____ Nouveau Statut : _____
 Raison de ce changement : Mariage Divorce Décision Judiciaire Autres

Je consens à tout changement de révision de ma contribution que mon nouveau statut peut occasionner et j'autorise mon employeur à déduire de mon salaire toutes contributions additionnelles exigées, si c'est le cas. (ci-joint pièces justificatives)

Demande de Changement de Plan

En raison des changements ci-dessous mentionnés, il en résulte selon les termes du contrat, une nouvelle catégorisation:

Changement de l'Employé: Ancien Salaire : _____ Nouveau Salaire : _____
 Raison de ce changement : Nouveau Salaire Promotion Nouvelle classification Employeur Autres

Je consens à tout changement de révision de ma contribution que ma nouvelle catégorie peut occasionner et j'autorise mon employeur à déduire de mon salaire toutes contributions additionnelles exigées si c'est le cas.

Demande de Changement de Bénéficiaire (s)

Par la présente, je demande que ma couverture d'assurance décès soit payée, en accord avec les termes de la Police et annulant toute désignation antérieure, de la manière suivante:

Nom et Prénom du bénéficiaire	Lien de Parenté	Pourcentage	Adresse

Date: _____
Jour / Mois / Année

Signature de l'Employé _____

FORMULAIRE DE CHANGEMENTS

Demande de retrait de Dépendant (S)

Le dépendant suivant a été volontairement enlevé dans la liste de mes personnes à charges et ne fait plus partie de ma couverture d'Assurance.

Epouse ou Epoux :	Nom :			Prénom :	
Raison de ce retrait :	Divorce	Décès	Autres	Date :	_____

Enfant :	Nom :			Prénom :	
	Nom :			Prénom :	
	Nom :			Prénom :	
Raison de ce retrait :	Atteint âge limite	Décès	Autres	Date :	_____

Je soussigné, déclare que toutes les réponses ci-dessus sont sincères, correctes et exactes. Toutes omissions ou fausses déclarations pourraient entraîner le rejet d'une réclamation ou de la couverture du dépendant. J'accepte que ces informations servent de base aux garanties de ma couverture.

Fait à : _____ Date : _____

Signature de l'employé _____ Signature de l'employeur : _____