

## Partie 1: Réservée aux Responsables de groupe

**Changement à effectuer :**    Changement de Nom    Changement de Statut    Changement de Plan    Changement de Bénéficiaires

**Nom du détenteur de la Police :**

**No de la Police :**

**No de Certificat :**

**Nom de Famille :**

**Prénom :**

**Nom de jeune fille :**

## Partie 2: Demande de changement de Nom.

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

**Nouveau Nom :**

**Raison de ce changement :**    Mariage    Divorce    Décision Judiciaire    Autres

## Partie 3: Demande de changement de Statut.

**En accord avec les termes de la Police, je demande que mon statut soit modifié au statut suivant:**

Célibataire    Marié(e)    Divorcé(e)    Veuf(ve)    Concubinage

## Partie 4: Demande de changement de Plan.

**Je demande que le plan soit modifié au plan suivant:**    **Plan 1**    **Plan 2**    **Plan 3**    **Plan 4**

*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.*

## Partie 5: 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:

*\*Veuillez reporter dans le tableau ci-dessous la liste définitive de vos bénéficiaires. N'oubliez pas d'inclure le pourcentage que recevra chacun de vos bénéficiaires en considérant que la somme totale devra être égale à 100%.*

Nom et Prénom du Bénéficiaire		Lien de Parenté	%
Nom <b>1</b>			%
Prénom			
Nom <b>2</b>			%
Prénom			
Nom <b>3</b>			%
Prénom			
Nom <b>4</b>			%
Prénom			
<b>La Somme doit être égale à 100%</b>		<b>TOTAL</b>	%

**Fait à :**

**Le :**

    JJ                  MM                  AAAA

*N.B.: Tous les changements sont reçus jusqu'au 25 du mois en cours pour la facture du mois suivant.*

**Signature de l'employeur :** \_\_\_\_\_

**Signature de l'assuré :** \_\_\_\_\_

**Veillez imprimer le formulaire pour la signature et nous le transmettre physiquement au 3 rue Jean Gilles, Blvd Toussaint Louverture; ou par courrier électronique à sante@aic.ht.**