

Demande de modification

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR ET L'EMPLOYÉ (À L'ENCRE)

Veuillez remplir la section ci-dessous et indiquer la raison du changement dans la protection.

Nom de l'entreprise _____ Numéro d'entreprise _____

Nom de l'employé _____ Numéro de certificat _____

AJOUTER

Assurance soins médicaux complémentaire Assurance soins dentaires

Vous ou vos personnes à charge êtes-vous actuellement assurés en vertu d'un régime d'assurance du conjoint?

Non Oui, jusqu'à (AAAA/MM/JJ) : _____

Dans la négative, ou si votre protection a pris fin depuis plus de 60 jours, vous devez remplir une déclaration de santé pour vous et vos personnes à charge.

ANNULER

L'assurance soins médicaux complémentaire et l'assurance soins dentaires peuvent seulement être annulées si vous ou vos personnes à charge êtes assurés en vertu d'un régime d'assurance établi par l'employeur de votre conjoint, comportant une protection similaire. Avez-vous droit à une autre protection?

Oui Nom de l'autre compagnie d'assurance _____
No de police _____ Date de mise en vigueur (AAAA/MM/JJ) _____

Exemption de l'assurance soins médicaux complémentaire

pour moi et mes personnes à charge pour mes personnes à charge seulement

Exemption de l'assurance soins dentaires

pour moi et mes personnes à charge pour mes personnes à charge seulement

MODIFIER

Événement :

Protection individuelle Protection familiale Protection couple (le cas échéant)

Naissance ou adoption Mariage } Date (AAAA/MM/JJ) _____
 Décès du conjoint Séparation Divorce

Conjoint de fait* - veuillez préciser la date du **début** de la cohabitation. (AAAA/MM/JJ) _____

*Un conjoint de fait n'est admissible à la protection qu'après une période de cohabitation ininterrompue de 12 mois.

Expiration du régime d'assurance collective comportant une protection similaire (AAAA/MM/JJ) _____

Autre, veuillez préciser. _____

Quelles sont les garanties de l'autre assureur couvrant votre conjoint et vos personnes à charge?

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRE

Individuelle Familiale Aucune Les prestations sont-elles coordonnées? Oui Non

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Individuelle Familiale Aucune Les prestations sont-elles coordonnées? Oui Non

Nom de l'autre compagnie d'assurance établissant l'assurance soins médicaux complémentaire ou l'assurance soins dentaires

IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

	Prénom	Nom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe (M/F)	Étudiant à temps plein (21 à 25 ans)	Personne à charge avec déficience fonctionnelle (plus de 21 ans)
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Annuler Conjoint	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je comprends que pour être admissibles à l'assurance soins médicaux complémentaire, nous devons, moi et mes personnes à charge, être couverts par le régime provincial d'assurance maladie.

Signature de l'employé _____ Date _____

Nom de l'administrateur _____ Signataire _____
du régime _____ autorisé _____ Date _____



Demande de modification

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ (À L'ENCRE)

Nom de l'entreprise _____ Numéro d'entreprise _____

Nom de l'employé _____ Numéro de certificat _____

Changement de nom de l'employé Ancien nom _____
Nouveau nom _____

Changement d'adresse Nouvelle adresse _____
Province d'emploi (si différent) _____

Changement de la désignation de bénéficiaire Par la présente, j'annule ma désignation de bénéficiaire actuelle et la remplace par la désignation suivante :

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

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :

selon les pourcentages indiqués ci-dessus (doit 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.

Autorisation pour la transmission de renseignements médicaux personnels par courriel Oui Non

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à envoyer par courriel toute demande de renseignements médicaux supplémentaires ou les questionnaires demandés pour le traitement de toute demande de protection aux termes de ce régime, dont la correspondance ayant trait à la tarification des risques médicaux. Cette autorisation s'applique également à mes personnes à charge, le cas échéant. Une photocopie du présent consentement est aussi valide que l'original.

Adresse de courriel _____

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.

Aux fins de l'administration du régime d'avantages sociaux, de toute évaluation, de toute enquête, de la gestion des demandes de règlement, de la souscription et pour déterminer l'admissibilité au régime, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels concernant la présente demande. La liste non exhaustive de sources à partir desquelles l'information peut être puisée comprend des professionnels de la santé ou d'établissement de santé, des compagnies d'assurance, d'autres organisations ou personnes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

Des renseignements détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels se trouvent à la section « Politique de confidentialité » du site www.lecollectifdeschambres.ca. Ils peuvent également être obtenus auprès de l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie du présent consentement est aussi valide que l'original.

Signature de l'employé _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____