

Demande de modification

À REMPLIR PAR L'ENTREPRISE EMPLOYEUSE ET LA PERSONNE EMPLOYÉE (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 la personne employée _____ Numéro de certificat _____

AJOUTER

Assurance soins médicaux complémentaire Assurance soins dentaires

Vous ou vos personnes à charge, bénéficiez-vous d'une protection au titre d'un régime au profit du conjoint ou de la conjointe?

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 bénéficiez d'une protection au titre d'un régime comportant une protection similaire établi par l'entreprise qui emploie votre conjoint ou conjointe. Avez-vous droit à une autre protection?

Oui Nom de l'autre compagnie d'assurance _____
N° 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 ou de la conjointe Séparation Divorce

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

*Une personne en union 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 compagnie d'assurance couvrant votre conjoint ou conjointe 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

INFORMATIONS SUR LES PERSONNES À CHARGE

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Genre (Femme/Homme/Autre expression de genre/Non dévoilé)	Personne étudiante 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-e	_____	_____	_____	_____		
<input type="checkbox"/> Ajouter	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Enfant	_____	_____	_____	_____		
<input type="checkbox"/> Ajouter	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Enfant	_____	_____	_____	_____		
<input type="checkbox"/> Ajouter	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Enfant	_____	_____	_____	_____		

Je comprends que pour être admissibles à l'assurance soins médicaux complémentaire, nous devons, moi et mes personnes à charge, bénéficier d'une protection au titre du régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Signature de la personne employée _____ Date _____

Nom de la personne responsable de l'administration du régime _____ Signature _____ Date _____

Demande de modification

À REMPLIR PAR LA PERSONNE EMPLOYÉE (À L'ENCRE)

Nom de l'entreprise _____ Numéro d'entreprise _____

Nom de la personne employée _____ Numéro de certificat _____

Changement de nom de la personne employée Ancien nom _____
Nouveau nom _____

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

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 de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Adresse de courriel _____

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

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

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce et ses compagnies d'assurance 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 des renseignements peuvent être obtenus comprend des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organisations ou personnes. Cette autorisation est également valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant les personnes à ma charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties de ce régime.

Je prends acte du fait 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 » du site www.lecollectifdeschambres.ca ou auprès de l'administratrice ou l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie de la présente Déclaration et autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de la personne employée _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____