

## 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 DENTAIRE

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"/> Annuler <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Fils <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) \_\_\_\_\_

### 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](http://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) \_\_\_\_\_