

Demande de modification du participant

Participant : Veuillez remplir toutes les parties pertinentes en écrivant lisiblement et signer la partie 11. Transmettez présent formulaire à l'administrateur de votre régime.

Administrateur de régime : Veuillez examiner le présent formulaire avant de le transmettre à La Corporation People.

1	N° du groupe :		N° de la division :		Nom de la division :	
	Numéro de certificat :			Nom du participant :		

2	Changement d'adresse du participant	Nouvelle adresse	Date d'effet du changement JJ/MM/AAAA
---	-------------------------------------	------------------	---------------------------------------

3	Changement de nom du participant	Ancien nom	Nom	Prénom	Raison du changement
		Nouveau nom	Nom	Prénom	Date d'effet du changement JJ/MM/AAAA

4	Changement d'état matrimonial	Nouvel état :	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Séparé	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait Date de début de la cohabitation : JJ/MM/AAAA	Date d'effet du changement JJ/MM/AAAA
---	-------------------------------	---------------	--	--	--	---------------------------------------

5	Changement de catégorie	Nouvelle catégorie :	Raison du changement :	Date d'effet du changement JJ/MM/AAAA
---	-------------------------	----------------------	------------------------	---------------------------------------

6	Ajout de garanties Si vous demandez l'ajout de la couverture des personnes à charge, vous devez nommer toutes les personnes à charge à la partie 9.	Assurance soins médicaux	Assurance soins dentaires	Assurance vie des personnes à charge
		Je souhaite ajouter l'assurance soins médicaux pour : <input type="checkbox"/> moi <input type="checkbox"/> mes personnes à charge <input type="checkbox"/> moi et mes personnes à charge	Je souhaite ajouter l'assurance soins dentaires pour : <input type="checkbox"/> moi <input type="checkbox"/> mes personnes à charge <input type="checkbox"/> moi et mes personnes	<input type="checkbox"/> Je souhaite ajouter l'assurance vie des personnes à charge
		Raison de l'ajout de la couverture : (Ex. : si vous avez cessé d'être couvert au titre du régime d'assurance de votre conjoint, vous devez fournir une explication et préciser à quelle date la couverture a pris fin.)		

7	Renonciation à la couverture	Vous pouvez renoncer à la couverture seulement si vous ou vos personnes à charge, selon le cas, bénéficiez d'une couverture semblable au titre du régime de votre conjoint.	Assurance soins médicaux	Assurance soins dentaires	
			Je renonce à l'assurance soins médicaux pour :	Je renonce à l'assurance soins dentaires pour :	
			<input type="checkbox"/> moi et mes personnes à charge <input type="checkbox"/> mes personnes à charge uniquement	<input type="checkbox"/> moi et mes personnes à charge <input type="checkbox"/> mes personnes à charge uniquement	
			Date d'entrée en vigueur de la couverture au titre du régime du conjoint	JJ/MM/AAAA	Date d'entrée en vigueur de la couverture au titre du régime du conjoint
		N° de contrat		N° de contrat	
		Nom de l'assureur		Nom de l'assureur	

8	Cessation de la couverture des personnes à charge	<input type="checkbox"/> Je souhaite mettre fin à la couverture de toutes mes personnes à charge. <input type="checkbox"/> Je souhaite mettre fin à la couverture de certaines de mes personnes à charge (la partie 9 doit être remplie).	Date d'effet de la résiliation JJ/MM/AAAA	Raison de la résiliation
---	---	--	---	--------------------------

9	Renseignements sur les personnes à charge		Vous devez remplir cette partie pour ajouter ou retirer une personne à charge, ou pour modifier les renseignements concernant une personne à charge existante. N'oubliez pas d'inclure votre conjoint dans la liste de vos personnes à charge.					
	Type de modification (utilisez un des codes ci-dessous)	Date d'effet de la modification JJ/MM/AAAA	Nom		Date de naissance JJ/MM/AAAA	Sexe M ou F	Lien	Enfants à charge ayant dépassé l'âge limite seulement. Consultez votre livret explicatif pour connaître la définition de ce terme.
			Nom	Prénom				Étudiant à temps plein dans un collège ou une université?* Oui ou Non
								Enfant à charge handicapé?* Oui ou Non
Codes des types de modification : A = ajout C = modification D = suppression		*Veuillez remplir un formulaire sur les personnes à charge ayant dépassé l'âge limite si l'enfant à votre charge fréquente un collège ou une université (études postsecondaires) ou s'il s'agit d'une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite. Consultez votre livret explicatif pour obtenir de plus amples renseignements.						

10	Changement de bénéficiaire Nota : Le changement de bénéficiaire prend effet à la date de signature du présent formulaire.	Je révoque par la présente toutes les désignations de bénéficiaire antérieures et désigne la ou les personnes nommées ci-après comme mon ou mes bénéficiaires révocables. Résidents du Québec seulement : La désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous cochez ici pour préciser que cette désignation est révocable.			
		Nom		Lien avec le participant	Pourcentage
		Nom	Prénom		
Désignation du fiduciaire Remplissez cette partie seulement si le bénéficiaire désigné ci-dessus est d'âge mineur. Nota : La désignation d'un « fiduciaire » n'est pas valable au Québec.		Je nomme par la présente _____ fiduciaire pour recevoir toute somme due à un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans.			

11	J'atteste que tous les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Si je demande des couvertures pour mes personnes à charge, je suis autorisé à transmettre des renseignements au sujet de mon conjoint et de mes personnes à charge à des fins d'évaluation de leur admissibilité.		
	Signature du participant		Date JJ/MM/AAAA

12	Cessation de participation au régime	Raison de la cessation :	Dernier jour de travail JJ/MM/AAAA
		<input type="checkbox"/> Cessation d'emploi <input type="checkbox"/> Mise à pied <input type="checkbox"/> Congé de maternité <input type="checkbox"/> Congé (pour raisons médicales) <input type="checkbox"/> Congé (pour raisons personnelles)	

13	Signature de l'administrateur de régime		Date JJ/MM/AAAA

Toutes les modifications sont assujetties aux dispositions du ou des contrats collectifs et de la législation applicable.