

### Renseignements généraux

Nom du promoteur de régime : \_\_\_\_\_ Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification personnel : \_\_\_\_\_

### Modification du nom

 De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
 Prénom Nom de famille Prénom Nom de famille

### Modification de l'adresse

 \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur : (AAAA/MM/JJ)  
 Adresse du participant Ville Province Code postal

### Modification des renseignements sur les personnes à charge

Date d'entrée en vigueur de la modification : (AAAA/MM/JJ)

 Raison :  Naissance d'un enfant  Mariage  Cohabitation Date du mariage/de la cohabitation : (AAAA/MM/JJ)

 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

### Ajouter Retirer Lien avec le participant

Ajouter			Retirer			Lien avec le participant			Homme	Femme	*Étudiant à temps plein	*Personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite
Conjoint/Enfant												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	(AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prénom	Nom de famille	Date de naissance							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	(AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prénom	Nom de famille	Date de naissance							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	(AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prénom	Nom de famille	Date de naissance							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	(AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prénom	Nom de famille	Date de naissance							

\*Veuillez vous adresser à l'administrateur de régime pour le formulaire additionnel.

### Adjonction de garanties d'assurance soins médicaux et/ou dentaires collective

Si vous avez précédemment renoncé à la couverture et qu'à présent, vous ne bénéficiez plus des garanties au titre du régime de votre conjoint ou d'un second emploi, vous pouvez présenter une demande d'adhésion à votre régime d'assurance collective dans les 31 jours suivant la perte de la couverture. Date d'entrée en vigueur de la perte de la couverture au titre du régime du conjoint : (AAAA/MM/JJ)

### Renonciation aux garanties d'assurance soins médicaux et/ou dentaires collective

 Remarque : L'assurance soins médicaux et/ou dentaires ne peut être refusée que si vous et/ou les personnes à votre charge avez une couverture au titre d'un autre régime d'assurance collective par l'intermédiaire de l'employeur de votre conjoint ou d'un second emploi. Si vous perdez la couverture au titre du régime de votre conjoint, vous devez adhérer à votre régime d'assurance collective dans les 31 jours suivant la perte de la couverture. **Si vous n'adhérez pas au régime dans ce délai de 31 jours, il est possible que vous deviez fournir une preuve d'assurabilité médicale.**

 Je comprends le régime d'assurance collective qui m'est proposé, mais je **renonce** à participer aux garanties suivantes :

 Soins médicaux complémentaires et soins dentaires  Moi-même et les personnes à ma charge  Les personnes à ma charge seulement

Nom du promoteur du régime du conjoint : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en vigueur de la modification : (AAAA/MM/JJ) Numéro du contrat d'assurance collective : \_\_\_\_\_

### Autorisation du participant

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_