



RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM DE L'EMPLOYEUR	GRUPE NO.	DIVISION NO.	CLASSE	NO. D'EMPLOYÉ
NOM DE L'EMPLOYÉ	PRÉNOM		CERTIFICAT UV MUTUELLE	

CHANGEMENT DE COUVERTURE FOURNIR LES DÉTAILS DES DÉPENDANTS DANS LA SECTION « PERSONNES À CHARGE »

COUVERTURE DÉSIRÉE : INDIVIDUELLE AVEC ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE INDIVIDUELLE COUPLE FAMILIALE MONOPARENTALE EXEMPTÉE AUTRE _____

RAISON: NAISSANCE CONJOINT DE FAIT DIVORCE PERTE D'EMPLOI ADOPTION MARIAGE SÉPARATION DU CONJOINT

DÉBUT DE LA COHABITATION: A M J _____ DATE D'EFFET DU CHANGEMENT: A M J _____

PERSONNES À CHARGES

CHANGEMENT	NOM	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	* PREUVE D'ÉTUDE TEMPS PLEIN REQUISE ** PREUVE REQUISE			
<input type="checkbox"/> AJOUTER CONJOINT <input type="checkbox"/> RETIRER CONJOINT <input type="checkbox"/> MODIFIER			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J _____	ÉTUDIANT TEMPS PLEIN (*21 ANS ET +)		HANDICAPÉ **	
<input type="checkbox"/> AJOUTER ENFANT <input type="checkbox"/> RETIRER ENFANT <input type="checkbox"/> MODIFIER			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J _____	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AJOUTER ENFANT <input type="checkbox"/> RETIRER ENFANT <input type="checkbox"/> MODIFIER			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J _____	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AJOUTER ENFANT <input type="checkbox"/> RETIRER ENFANT <input type="checkbox"/> MODIFIER			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J _____	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DEMANDE D'EXEMPTION

EXEMPTION - ADHÉRENT ET SES PERS. À CHARGE : GARANTIE SOINS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS GARANTIE SOINS DENTAIRES

EXEMPTION DES PERS. À CHARGE SEULEMENT : GARANTIE SOINS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS GARANTIE SOINS DENTAIRES

NOM DU CONJOINT : _____ NO. DE GROUPE DU CONJOINT : _____ NO. DE CERTIFICAT DU CONJOINT : _____

COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CONJOINT : _____ DATE D'EFFET DE L'EXEMPTION : A M J _____

FIN DE L'EXEMPTION

DATE À COMPTER DE LAQUELLE IL M'EST DEVENU IMPOSSIBLE DE CONTINUER À ÊTRE ASSURÉ PAR UN RÉGIME COMPARABLE : A M J _____

RAISON DE LA TERMINAISON DE L'ASSURANCE EN QUESTION : _____

SIGNATURES OBLIGATOIRES

DATE _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____

DATE _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE DU RÉGIME _____

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

IMPORTANT: AU QUÉBEC, À MOINS DE STIPULATION CONTRAIRE, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST IRRÉVOCABLE ET LA DÉSIGNATION DE TOUT AUTRE BÉNÉFICIAIRE EST RÉVOCABLE.

BÉNÉFICIAIRE ACTUEL	NOM :	PRÉNOM :	LIEN DE PARENTÉ :	<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE	NOM :	PRÉNOM :	LIEN DE PARENTÉ :	<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL SEULEMENT SI LA DÉSIGNATION ACTUELLE EST IRRÉVOCABLE

PAR LA PRÉSENTE, JE CONSENS À ÊTRE RÉVOQUÉ COMME BÉNÉFICIAIRE DU CERTIFICAT CI-HAUT MENTIONNÉ ET JE RENONCE À TOUS MES DROITS ET PRIVILÈGES, EN VERTU DE CE CERTIFICAT :

DATE _____ SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL _____ SIGNATURE D'UN TÉMOIN _____

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

PAR LA PRÉSENTE, JE RÉVOQUE LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL ET JE LUI SUBSTITUE CELLE DU NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE TEL QUE DÉCRIT CI-DESSUS :

DATE _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____ SIGNATURE D'UN TÉMOIN _____

CHANGEMENT D'ADRESSE (NOUVELLE ADRESSE)

No.	RUE	No. APP.	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
_____	_____	_____	_____	_____	_____



RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM DE L'EMPLOYEUR	GRUPE NO.	DIVISION NO.	CLASSE	NO. D'EMPLOYÉ
NOM DE L'EMPLOYÉ	PRÉNOM		CERTIFICAT U.V. MUTUELLE	

AVIS DE CHANGEMENT DE SALAIRE

NOUVEAU SALAIRE : _____ \$

DATE DU CHANGEMENT

A	M	J

ANNUEL HEBDOMADAIRE TAUX HORAIRE NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : _____

CHANGEMENT DE CLASSE OU DE DIVISION

CHANGEMENT DE CLASSE NOUVELLE CLASSE _____

DATE DU CHANGEMENT

A	M	J

CHANGEMENT DE DIVISION NOUVELLE DIVISION _____

AVIS D'ABSENCE AU TRAVAIL

MISE À PIED TEMPORAIRE CONGÉ DE MATERNITÉ

DATE DU DÉPART

A	M	J

CONGÉ SANS SOLDE CONGÉ PARENTAL

AUTRE _____

DATE PRÉVUE DE RETOUR

A	M	J

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

NOUVEAU SALAIRE : _____ \$

DATE DU RETOUR AU TRAVAIL

A	M	J

ANNUEL HEBDOMADAIRE TAUX HORAIRE NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : _____

L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS SON OCCUPATION RÉGULIÈRE :

OUI À TEMPS PLEIN OUI À TEMPS PARTIEL / NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE _____

NON, PRÉCISEZ L'OCCUPATION REPRISE : _____

PRÉCISEZ : _____

TERMINAISON D'UN EMPLOYÉ

CESSATION D'EMPLOI RETRAITE

DATE DE LA TERMINAISON

A	M	J

DÉCÈS _____

COMMENTAIRES

SIGNATURE

DATE

SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME