

Demande de modification du participant

LA CORPORATION

people

Bénéficiez d'une approche humaine

Avantages Sirius

Avantages Sirius est une entreprise de La Corporation People

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 Avantages Sirius.

| | | | | | | |
|---|------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|
| 1 | N° du groupe : | | N° de l'entreprise : | | Nom de l'entreprise : | |
| | 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"/> Célibataire <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 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 | Assurance soins dentaires 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 | Assurance vie des personnes à charge <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 Je renonce à l'assurance soins médicaux pour : <input type="checkbox"/> moi et mes personnes à charge <input type="checkbox"/> mes personnes à charge uniquement | Assurance soins dentaires 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 | | |
| | | | 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 | JJ/MM/AAAA |
| | | | 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 | | Je nomme par la présente _____ fiduciaire pour recevoir toute somme due à un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans. | | | | |
| 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. | | | | | | |

| | | | |
|----|--|--|---------------------------|
| 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.