

Toute demande de changement doit être présentée dans les 31 jours suivant ledit changement, à défaut, une déclaration de santé pourrait être exigée par l'assureur

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'employeur/du titulaire de la police			N° de groupe/division		
Nom de famille de l'employé		Prénom		N° de certificat	
Adresse (N° / Rue / App.)					
Ville		Province		Code postal	
				Téléphone	

Résidents du Québec ➔ Avant de remplir cette section, veuillez vous référer au texte sur la « LOI 33 » apparaissant au verso

MODIFICATION DE PROTECTION / RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET/OU LES ENFANTS

Soins de santé :		☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Couple ☐ Familiale ☐ Exemption – Raison : _____	
Assurance-vie des personnes à charge : (si prévue à votre régime)		Désirez-vous assurer vos personnes à charge pour l'assurance-vie ? ☐ Oui ☐ Non (Cette garantie peut être obligatoire avec certains assureurs lorsque vous avez un conjoint et/ou des enfants admissibles)	
Garantie Soins dentaires facultative : (si prévue à votre régime et selon les conditions du régime)		Je désire ajouter cette garantie ☐ Protection choisie : ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Couple ☐ Familiale Cette garantie doit être maintenue pour une période minimale de 24 mois pour vous et vos personnes à charges, à moins d'un changement relatif aux conditions d'admissibilité prévues au contrat principal. Je désire retirer cette garantie ☐ Je désire retirer cette garantie pour mes personnes à charge seulement ☐ Cette garantie doit avoir été maintenue pour une période minimale de 24 mois pour vous et vos personnes à charges, à moins d'un changement relatif aux conditions d'admissibilité prévues au contrat principal.	

IDENTIFICATION DU CONJOINT ET/OU DES ENFANTS

La garantie d'assurance-vie des personnes à charge, si prévue à votre régime, est obligatoire avec certains assureurs lorsque vous avez un conjoint et/ou des enfants admissibles. Vous devez donc inscrire toutes les informations relatives à votre conjoint et/ou vos enfants admissibles et ce, même si vous avez choisi une protection « Individuelle » ou une « Exemption ».

Nom de famille		Prénom	Sexe		Date de naissance (AAAA - MM - JJ)	Si enfant âgé de 21 ans ou plus, veuillez préciser		Est-ce que le conjoint/les enfants sont assurés par un autre régime ?			
			M	F		Étudiant à temps plein	Handicapé	Soins de santé		Soins dentaires	
								Oui	Non	Oui	Non
Conjoint			☐	☐				☐	☐	☐	☐
Enfant 1			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfant 2			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfant 3			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfant 4			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfant 5			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfant 6			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous avez répondu « Oui » à la question « Est-ce que les enfants sont assurés par un autre régime ? », veuillez confirmer les détails au verso. Ces renseignements sont nécessaires à l'application des règles de coordination des prestations.

ÉVÉNEMENTS DE VIE :	☐ Mariage/union civile	Date du mariage/union civile	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Cohabitation (conjoint de fait)	Date du début de la cohabitation	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Séparation/divorce	Date de la séparation/du divorce	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Naissance/adoption d'un enfant	Date de la naissance/d'adoption	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Ajout d'un enfant étudiant à temps plein	Nom : _____	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Décès d'une personne à charge	Nom : _____	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Fin d'admissibilité d'une des personnes à charge	Nom : _____	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Protection par le régime du conjoint/parent	Date du début des protections	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Fin de la protection par le régime du conjoint/parent	Date de la fin des protections	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Fin involontaire de la protection par le régime du conjoint	Date de la fin des protections	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Protection par le régime d'une institution scolaire	Date du début des protections	➔	(AAAA - MM - JJ)
	☐ Autre : _____	Date du changement	➔	(AAAA - MM - JJ)

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

Signature de l'employé	Date
------------------------	------

Enfants assurés par un autre régime – Veuillez donner les détails suivants :

Confirmer pour quel(s) enfant(s) sont les réponses données – Enfant(s) # _____

Soins de santé	Soins dentaires
☐ Protection par le régime du conjoint actuel ☐ Protection par le régime de l'autre parent ☐ Protection par le régime du conjoint de l'autre parent ☐ Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent ☐ Protection par le régime d'une institution scolaire : ☐ incluant médicaments ☐ excluant médicaments	☐ Protection par le régime du conjoint actuel ☐ Protection par le régime de l'autre parent ☐ Protection par le régime du conjoint de l'autre parent ☐ Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent ☐ Protection par le régime d'une institution scolaire : ☐ incluant médicaments ☐ excluant médicaments
Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? ☐ ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? ☐ ou Avez-vous une garde partagée ? ☐ Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____	Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? ☐ ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? ☐ ou Avez-vous une garde partagée ? ☐ Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____

Confirmer pour quel(s) enfant(s) sont les réponses données – Enfant(s) # _____

Soins de santé	Soins dentaires
☐ Protection par le régime du conjoint actuel ☐ Protection par le régime de l'autre parent ☐ Protection par le régime du conjoint de l'autre parent ☐ Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent ☐ Protection par le régime d'une institution scolaire : ☐ incluant médicaments ☐ excluant médicaments	☐ Protection par le régime du conjoint actuel ☐ Protection par le régime de l'autre parent ☐ Protection par le régime du conjoint de l'autre parent ☐ Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent ☐ Protection par le régime d'une institution scolaire : ☐ incluant médicaments ☐ excluant médicaments
Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? ☐ ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? ☐ ou Avez-vous une garde partagée ? ☐ Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____	Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? ☐ ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? ☐ ou Avez-vous une garde partagée ? ☐ Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____

Initiales : _____

RÉSIDENTS DU QUÉBEC
Loi 33 - « Saviez-vous que ... »

- ✓ *Le 1^{er} janvier 1997, la Loi 33 (Régime universel d'assurance médicaments) entrain en vigueur pour tous les résidents du Québec.*
- ✓ *Toute personne de moins de 65 ans qui a accès à un régime d'assurance collective doit obligatoirement y adhérer à moins de participer personnellement à un autre régime collectif ou d'être assurée par le biais du régime de son conjoint. Une preuve de cette couverture doit être déposée au dossier de l'employeur.*
- ✓ *En adhérant au régime d'assurance collective de votre employeur, vous devez obligatoirement assurer toutes vos personnes à charge admissibles à moins qu'elles ne soient déjà couvertes par un autre régime d'assurance collective.*
- ✓ *Vos personnes à charge ne peuvent être assurées auprès de la R.A.M.Q. (Régime universel d'assurance médicaments) si vous êtes couvert par le régime collectif de votre employeur, à l'exception d'un conjoint de 65 ans et plus.*
- ✓ *Lors de la production de votre déclaration de revenus (rapport d'impôt), on vous demandera si vous vous êtes conformé à la Loi 33.*

**Pour tout renseignement additionnel,
 n'hésitez pas à communiquer avec notre service à la clientèle
 aux numéros suivants :**

Région de Montréal : 514 935-5444
Ext. de Montréal : 1 800 363-6217
Télécopieur : 514 935-1147