

Nom de l'entreprise : _____

N° du groupe :

Sous-groupe :

N° de certificat	Adhérent (Nom)	Code *	Date de la modification			Salaire Hebdo. ou Annuel	Renseignements additionnels (si nécessaire)
			Jr	M	A		

- Code ***
- | | | |
|--|--|---|
| 1- Nouvel employé (remplir et signer la demande d'assurance) | 7- Protection familiale | 12- Mise à pied temporaire (seules les couvertures d'assurance salaire sont annulées) |
| 2- Départ définitif | 8- Protection familiale (sans conjoint) | 13- Mise à pied temporaire (sans aucune couverture) |
| 3- Retour au travail à temps plein | 9- Changement de bénéficiaire (remplir et signer le formulaire) | 14 - Ajout de personnes à charge |
| 4- Changement de salaire | 10- Changement de nom | 15- Changement d'adresse |
| 5- Fin d'invalidité et retour au travail | 11- Mise à pied temporaire (seule la couverture d'assurance santé (Frais Médicaux) est en vigueur) | 16- Exemption Assurance Santé et/ou Dentaire (joindre preuve de couverture) |
| 6- Protection individuelle | | 17- Autre (préciser) |

**** Notes importantes ****

- A- Tout changement doit être déclaré à l'assureur dans un délai maximal de 30 jours.
- B- Référez-vous à votre guide de l'administration pour tous les détails.
- C- Pour l'ajout d'une personne à charge, indiquer le nom, le sexe et la date de naissance. Remplir le formulaire d'état matrimonial pour l'ajout d'un conjoint.

Autorisé par (lettres moulées)

Date

Signature

Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire seront déposés au dossier du preneur. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et le cas échéant de les faire rectifier en formulant une demande écrite au preneur.