



À usage interne seulement

Date d'entrée en vigueur

Numéro de certificat

DEMANDE DE MODIFICATION

À remplir par l'employeur (à l'ENCRE en lettres moulées.)

Nom de l'entreprise		Numéros d'entreprise/de division			
Nom de l'employé		Numéro de certificat			
<input type="radio"/> Changement de profession	Nouvelle profession			Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)	
<input type="radio"/> Changement de salaire	Rémunération habituelle \$	Fréquence	<input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Aux deux semaines	<input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Bimensuelle	<input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Horaire
<input type="radio"/> Changement de division/classe	Ancienne division/classe	Nouvelle division/classe	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)		
<input type="radio"/> Terminer l'assurance de l'employé Dernier jour de travail (AAAA/MM/JJ)	<input type="radio"/> Départ de l'employé <input type="radio"/> Autre raison (veuillez spécifier)				
<input type="radio"/> Réactiver l'assurance de l'employé	Date du retour au travail (AAAA/MM/JJ)				
Signature de l'employeur		Date			

À remplir par l'employé (à l'ENCRE en lettres moulées.)

Veuillez cocher le(s) changement(s) à effectuer et fournir TOUS les renseignements requis pour CHAQUE endroit coché.

<input type="radio"/> Changement d'adresse	Nouvelle adresse	
	Province d'emploi (si elle diffère)	
<input type="radio"/> Changement de nom de l'employé	Ancien nom	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	Nouveau nom	
	Raison du changement	
	Adresse de courriel de l'employé	
<input type="radio"/> Nouvel état matrimonial (Si cette case est cochée, voir les parties <i>Personnes à charge</i> et <i>Désignation de bénéficiaire</i> ci-après.)	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Veuf (veuve) <input type="radio"/> Séparé(e) <input type="radio"/> Divorcé(e)	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
	<input type="radio"/> Union de fait (Veuillez donner la date du début de la cohabitation.)	
<input type="radio"/> Ajouter des garanties	<input type="radio"/> Assurance maladie <input type="radio"/> Assurance dentaire (Si vous demandez une protection familiale, vous devez inscrire ci-dessous la liste de toutes vos personnes à charge) Protection antérieure en vertu du régime du conjoint? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, jusqu'à (AAAA/MM/JJ)	
Coordination des prestations <input type="radio"/> Annuler <input type="radio"/> Changer <i>Le cas échéant, les versements des prestations sont coordonnés entre ce régime et le régime du conjoint.</i>	<input type="radio"/> Assurance maladie <input type="radio"/> Assurance dentaire Nom de l'autre assureur	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
	Par quel type de garanties collectives votre conjoint est-il couvert auprès de son employeur? Assurance maladie <input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Familiale <input type="radio"/> Renoncé <input type="radio"/> Aucune Assurance dentaire <input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Familiale <input type="radio"/> Renoncé <input type="radio"/> Aucune	
<input type="radio"/> Personnes à charge	<input type="radio"/> Changer la protection de familiale à individuelle Raison	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
	<input type="radio"/> Changer la protection d'individuelle à familiale Raison	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)

Inscrire la liste de toutes les personnes à charge touchées par ce changement, y compris votre conjoint (à l'ENCRE en lettres moulées.)

	Date du changement (AAAA/MM/JJ)	Prénom et nom	Lien avec l'employé*	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe
<input type="radio"/> Ajouter <input type="radio"/> Changer <input type="radio"/> Annuler					
<input type="radio"/> Ajouter <input type="radio"/> Changer <input type="radio"/> Annuler					
<input type="radio"/> Ajouter <input type="radio"/> Changer <input type="radio"/> Annuler					

Pour être admissibles à l'assurance maladie complémentaire, vous et vos personnes à charge devez tout d'abord bénéficier d'une protection au titre du régime d'assurance maladie provincial.

***Si la personne à charge ayant dépassé l'âge limite a une déficience fonctionnelle, veuillez remplir la *Demande de protection pour personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite*. Si la personne à charge a dépassé l'âge limite, veuillez remplir la *Demande de protection pour personnes à charge ayant dépassé l'âge limite*. Pour plus de détails, communiquez avec l'administrateur de votre régime.**

Signature de l'employé (veuillez signer et dater.)

Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime.

J'ai été avisé(e) qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site www.avantagemaximum.ca ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

Une photocopie ou une version électronique de la présente **Déclaration et autorisation** est aussi valide que l'original.

Nom de l'employé (en lettres moulées) _____

Signature de l'employé _____ Date _____

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER CETTE SECTION SI VOUS MODIFIEZ VOTRE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE.

Désignation du bénéficiaire principal – Veuillez écrire à l'encre et en lettres moulées :

Je désigne par la présente la(les) personne(s) ci-dessous comme bénéficiaire(s) de toute prestation d'assurance vie payable au titre de ma participation à ce régime.

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :		<input type="radio"/> En parts égales entre les survivants (il n'est pas nécessaire d'entrer le pourcentage de la somme assurée)		
		<input type="radio"/> Pourcentage de la somme assurée		
Nom	Prénom et initiale	% du capital (doit être égal à 100 %)	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit : **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur (doit être au-dessus de l'âge de la majorité)

Si le bénéficiaire est un mineur (non applicable pour les résidents du Québec), je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet

Lien avec l'employé

Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.

Résidents du Québec : Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.



Désignation du bénéficiaire subsidiaire – FACULTATIF (ne peut pas être le même bénéficiaire que celui qui figure sur la liste en tant que bénéficiaire principal)

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui toucheront la somme assurée au titre de la présente police collective au cas où tous les bénéficiaires principaux susmentionnés décédaient avant vous. Dans ce cas, tout bénéficiaire subsidiaire aurait automatiquement droit à la somme assurée payable à tout bénéficiaire principal. Si aucun bénéficiaire n'est vivant au moment de votre décès, la somme assurée sera versée à votre succession.

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :

- En parts égales entre les survivants (il n'est pas nécessaire d'entrer le pourcentage de la somme assurée)
 Pourcentage de la somme assurée

Nom	Prénom et initiale	% du capital (doit être égal à 100 %)	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur (doit être au-dessus de l'âge de la majorité)

Si le bénéficiaire est un mineur (non applicable pour les résidents du Québec), je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet _____

Lien avec l'employé _____

Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.

Résidents du Québec : Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

Une photocopie ou une version électronique du présent formulaire **ne peut pas** être utilisée pour la désignation de bénéficiaire.

Nom de l'employé (en lettres moulées) _____

Signature de l'employé _____ Date _____

L'original de ce formulaire doit être soumis. Les photocopies ne sont pas acceptées. Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessous.