

# Formulaire de modifications

## Régime d'assurance collective – Grandir ensemble – La Great-West - Régime 165729

Nom du Service de garde : \_\_\_\_\_

Date d'effet de la modification : \_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

### 1. Renseignement sur le participant

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Numéro d'identité GWL: \_\_\_\_\_

### 2. Réintégration suite à un congé autorisé: (absence maximale de 6 mois; congé d'été = 2,5 mois)

Salaire annuel  
(en vigueur au retour)

Date de retour au travail du participant : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Raison de la réintégration (ex. congé d'été, congé sans solde, etc.) \_\_\_\_\_

### 3. Changement de nom du participant

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Prénom Nom de famille

### 4. Renonciation aux garanties

Vous pouvez renoncer aux garanties des frais médicaux supplémentaires et dentaires **si vous êtes couverts par le régime de votre conjoint**.

Je comprends les modalités du régime d'assurance collective qui m'est offert, mais je renonce à participer à :

Frais médicaux :  moi-même et mes personnes à charge  mes personne à charge seulement

Frais dentaires :  moi-même et mes personnes à charge  mes personne à charge seulement

Nom de l'assureur du conjoint : \_\_\_\_\_ Numéro du régime : \_\_\_\_\_

Date d'effet de la modification : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Si vous perdez la protection offerte par le régime de votre conjoint, vous disposez d'un délai de **31 jours** pour présenter une demande de protection. Passé ce délai, vous devez fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par la Great-West pour être couvert. A l'approbation de votre participation, la garantie des frais dentaires, le cas échéant, pourrait être limité.

### 5. Renonciation aux garanties – pour les personnes à charge même si celles-ci ne sont pas couverts avec le conjoint

Vous pouvez renoncer aux garanties des soins médicaux supplémentaires et dentaires pour vos personnes à charge même s'ils ne sont pas couverts ailleurs. Prendre note que si vous désirez les ajouter à une date ultérieure, vous devrez fournir une preuve d'assurabilité acceptable à l'assureur (à vos frais) et la couverture pourrait être refusée par l'assureur.

Je comprends les modalités du régime d'assurance collective qui m'est offert, mais je renonce à participer à :

Frais médicaux supplémentaires :  mes personnes à charge seulement

Frais dentaires :  mes personnes à charge seulement

**A compléter par la direction du Service de garde**

Nom du participant \_\_\_\_\_

Numéro identité GWL : \_\_\_\_\_

**6. Ajout des garanties collectives des soins médicaux et dentaires**

Vous pouvez demander d'adhérer à l'assurance collective si votre conjoint n'est plus couvert par le régime collectif offert par l'employeur. Cette modification doit être effectuée dans les 31 jours suivant la date à laquelle la situation a changé.

Date d'effet de la perte de protection aux termes du régime du conjoint : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

 Soins médicaux supplémentaires Soins dentaires**7. Modification des renseignements relatifs aux personnes à charge**

La présente section est à remplir si vous désirez ajouter ou supprimer une personne à charge ou mettre à jour les renseignements relatifs aux personnes à charge.

Date d'effet de la modification : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Changement à une :  Protection célibataire  Protection familiale  Assurance-vie seulementRaison :  Naissance d'un enfant  Mariage  Séparation / Divorce Cohabitation Date du mariage/cohabitation Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Autres (veuillez fournir des précisions) \_\_\_\_\_

Renseignements relatifs au conjoint : Ajouter Modifier Supprimer \_\_\_\_\_

Prénom

Nom de famille

Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexe : Homme  Femme 

Quelles sont les garanties d'assurance collective offertes par le régime de l'employeur de votre conjoint?

Soins médicaux : Célibataire \_\_\_\_\_ Familiale \_\_\_\_\_ Renoncée \_\_\_\_\_ Aucune \_\_\_\_\_

Soins dentaires : Célibataire \_\_\_\_\_ Familiale \_\_\_\_\_ Renoncée \_\_\_\_\_ Aucune \_\_\_\_\_

**Le cas échéant, les prestations payables aux termes de votre régime seront coordonnées avec celles versées aux termes du régime de votre conjoint.**Renseignements relatifs aux enfants

Ajouter	Modifier	Supprimer	Date de naissance jour/mois/année	Sexe H / F	Étudiant temps plein Oui	Handicapé Oui
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prénom _____	Nom de famille _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prénom _____	Nom de famille _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prénom _____	Nom de famille _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prénom _____	Nom de famille _____		

**Autorisation et déclaration**

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la direction : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_