

# Formulaire de modifications

Programme d'assurance collective - Desjardins Assurances - Police 440303

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

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

## 1. Renseignement sur l'employé

Nom de famille, prénom: \_\_\_\_\_ N° identification: \_\_\_\_\_

## 2. Réintégration suite à un congé autorisé

Référez-vous aux lignes directrices à la section « *Changement d'employeur participant et réintégration* » pour plus de détails concernant les modalités face à la réintégration d'un employé (ex. no. d'identification, historique des réclamations, période d'attente et la clause de condition préexistante)

Salaire annuel au retour

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

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

## 3. Changement de nom de l'employé

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

## 4. Exemption aux garanties

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

**Résident du Québec :** Veuillez noter que la protection des soins médicaux est obligatoire pour les employés et ses personnes à charge si l'employé est résident de la province du Québec, à moins de profiter de cette couverture ailleurs.

Je comprends les modalités du régime d'assurance collective offert par mon employeur mais je renonce la participation aux :

Soins médicaux :  moi-même et mes personnes à charge  mes personnes à charge seulement

Soins dentaires :  moi-même et mes personnes à charge  mes personnes à charge seulement

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

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

Si vous perdez la protection offerte par le régime de votre conjoint, vous disposez d'un délai de **soixante (60) jours** pour présenter une demande de protection. Passé ce délai, vous devez fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par la Desjardins Assurance pour être couvert. À l'approbation de votre participation, la garantie des frais dentaires, le cas échéant, pourrait être limitée.

## 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 et dentaires pour vos personnes à charge même si elles ne sont pas couvertes 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.

**Résident du Québec :** Veuillez noter que la protection des soins médicaux est obligatoire pour les employés et ses personnes à charge si l'employé est résident de la province du Québec, à moins de profiter de cette couverture ailleurs.

Je comprends les modalités du régime d'assurance collective offert par mon employeur mais je renonce la participation aux :

Soins médicaux :  mes personnes à charge seulement

Soins dentaires :  mes personnes à charge seulement

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_ N° identification : \_\_\_\_\_

## 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 son employeur. Cette modification doit être effectuée dans les **soixante (60) jours** suivant la date à laquelle la situation a changé.

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

Soins médicaux       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 : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Changement à une :  Couverture individuelle       Couverture familiale       Assurance-vie seulement

Raison :  Naissance d'un enfant       Mariage       Séparation / Divorce

Cohabitation      Date du mariage/cohabitation Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

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

Renseignements relatifs au conjoint :      Ajouter    Modifier    Supprimer      \_\_\_\_\_  
                  Nom de famille      Prénom

Date de naissance (année/mois/jour) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_      Sexe : M       F

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

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

Soins dentaires :      Individuelle \_\_\_\_\_      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 Année/mois/jour	Sexe M / F	Étudiant temps plein	Déficience fonctionnelle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nom de famille      Prénom				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nom de famille      Prénom				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nom de famille      Prénom				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nom de famille      Prénom				

## 8. 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 de l'employé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'employeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_