



CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL/DE BÉNÉFICIAIRE/DE NOM

Police collective n°	Division	Catégorie	Certificat n°	Nom de l'employeur	Nom de famille de l'employé
					Prénom

Vous et vos personnes à charge devez être assurés en vertu de votre Régime d'avantages sociaux provincial pour participer au Régime d'Assurance collective de RWAM. Ce formulaire doit être daté et signé afin que nous puissions traiter votre demande.

DEMANDE DE CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL Célibataire à Famille Famille à Célibataire Pas de changement
 Nul à Célibataire Nul à Famille

* Si vous et/ou vos personnes à charge choisissez de renoncer à l'assurance-maladie et/ou l'assurance dentaire, veuillez remplir la partie de refus d'adhésion ci-dessous.

LE CHANGEMENT EST LE RÉSULTAT DE :

- Mariage (date du mariage) _____
Donner ci-dessous les renseignements sur les personnes à charge
- Naissance d'un enfant
Donner ci-dessous les renseignements sur les personnes à charge
- Conjoint de fait (date à laquelle la cohabitation a commencé) _____
Donner ci-dessous les renseignements sur les personnes à charge
- Enfants du conjoint de fait
Nommer toutes les personnes à charge admissibles ci-dessous
Les enfants vivent-ils avec vous? Oui Non
- Séparation (date de la séparation) _____
Les enfants demeureront-ils assurés par votre police? Oui Non
Le conjoint demeurera-t-il assuré par votre police? Oui Non
Êtes-vous légalement obligé de procurer ces prestations? Oui Non
Si oui, veuillez soumettre une copie de l'accord juridique ou de l'ordonnance du tribunal.
- Divorce (date du divorce) _____
Les enfants demeureront-ils assurés par votre police? Oui Non
Le conjoint demeurera-t-il assuré par votre police? Oui Non
Êtes-vous légalement obligé de procurer ces prestations? Oui Non
Si oui, veuillez soumettre une copie de l'accord juridique ou de l'ordonnance du tribunal.
- Décès de personne à charge (date du décès) _____
Lien de parenté avec l'employé _____

GARANTIES ANTÉRIEUREMENT RENONCÉES

CHANGEMENT DEMANDÉ : Nul à Famille Nul à Individuelle Individuelle à Famille **Veuillez nommer toutes les personnes à charge admissibles ci-dessous.**

GARANTIES APPLICABLES : Assurance-maladie Soins dentaires

- Par la présente, je, soussigné, demande de participer aux garanties d'assurance-maladie et de soins dentaires auparavant renoncées en raison d'assurance comparable.
Mon assurance comparable a cessé le _____ Compagnie d'assurance précédente _____
- Répétition des garanties – assuré par le conjoint.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

Nom (Indiquer le nom de famille si celui-ci diffère du vôtre)	Date de naissance (aa/mm/jj)	Nom (Indiquer le nom de famille si celui-ci diffère du vôtre)	Lien de parenté avec l'employé	Date de naissance (aa/mm/jj)
Conjoint _____		Enfants* _____		
<i>Les étudiants âgés de 21 ans ou plus et de moins de 25 ans (conformément à votre régime) ne sont admissibles que s'ils produisent une confirmation de statut à plein temps.*</i>				
<i>Les enfants d'un conjoint de fait doivent habiter avec l'employé afin d'être admissibles.</i>				

RENONCIATION/REFUS DE GARANTIE D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET/OU DENTAIRE

CHANGEMENT DEMANDÉ : Famille à Individuelle Famille à Exonérée Individuelle à Exonérée

Je certifie que j'ai eu l'option de participer au régime d'assurance de mon employeur. Des garanties comparables sont actuellement disponibles pour moi et/ou mes personnes à charge en vertu d'un autre régime d'assurance collective. En vue de ces garanties déjà en vigueur, je refuse les garanties suivantes :

Cocher l'option A ou B, mais pas les deux.

A – Employé et personne(s) à charge

Assurance-maladie Soins dentaires

B – Personnes à charge uniquement

Assurance-maladie Soins dentaires

Mon conjoint est employé par _____ Assuré par (compagnie d'assurance) _____

L'assurance du conjoint est entrée en vigueur le (date) _____

J'accepte que si je cesse d'être couvert par le régime d'assurance de mon conjoint et que je souhaite m'avérer des garanties ici renoncées je dois remplir la partie «Garanties antérieurement renoncées» de ce formulaire dans les 31 jours de la perte de couverture. Si je ne fais pas ma demande dans les 31 jours, je dois soumettre une preuve d'assurabilité valable à la compagnie d'assurance et il se peut que les frais soient à ma charge. La garantie de soins dentaires, si applicable, sera limitée à 250 \$ par personne pendant la première année de couverture.

CHANGEMENT DE NOM DE L'EMPLOYÉ

Nouveau nom de famille légal _____ Prénom _____

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE le formulaire original signé doit être soumis

Je révoque toute désignation de bénéficiaire préalable en vertu de ce certificat. Par la présente, je désigne la ou les personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) de toutes prestations d'assurance-vie payables lors de mon décès. Si plus d'une personne est nommée, l'argent doit être partagé en parties égales, à moins d'avis contraire ci-dessous. Un autre formulaire de Désignation/Changement de bénéficiaire est requis pour nommer des bénéficiaires alternatifs.

Bénéficiaire(s)*

Nom(s) (prénom, initiale du 2 ^{ème} prénom, nom de famille)	Lien de parenté avec l'assuré	% des parts (doit = 100 %)
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

Fiduciaire *Si un bénéficiaire a moins de 18 ans : Songez à nommer un fiduciaire car les bénéfices ne peuvent pas être versés à un mineur. Les bénéfices seront versés au fiduciaire nommé (quel que soit l'âge du bénéficiaire) à moins que vous ne changiez la désignation aux fins de retirer le fiduciaire.

Nom(s) du fiduciaire _____
 (prénom, initiale du 2^{ème} prénom, de famille) _____
 En tant que fiduciaire représentant (nom du bénéficiaire) _____
 Lien de parenté avec le bénéficiaire _____

Le témoin doit avoir plus de 18 ans et ne pas être bénéficiaire

Témoin (Signature) **X** _____ Date _____

Autorisation : J'accepte que les renseignements fournis dans ce formulaire soient utilisés par RWAM Insurance Administrators Inc. (RWAM) ainsi que par l'assureur afin de déterminer l'admissibilité à l'assurance collective et aux prestations ; et pour administrer les prestations ici couvertes. J'autorise, par la présente, mon employeur/administrateur de régime d'assurance collective, l'agent/le courtier d'assurance collective et l'assureur à échanger tous renseignements pertinents et nécessaires à ces fins. Si je fais une demande d'assurance pour mes personnes à charge admissibles, je confirme que je suis autorisé à agir à leur nom aux fins de la présente. Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et véridiques. J'accepte que toute déclaration fautive ou incomplète puisse entraîner l'annulation de mon assurance. Cette autorisation demeure valide tant que je fais des demandes de prestations ou de service ou jusqu'à ce que je la révoque.

Signature de l'employé **X** _____ Date _____