

Réservé à l'usage interne

Signataire autorisé de Morneau Shepell

Commentaires

- Les sections **1** et **3** à **7** doivent être remplies à l'encre par le promoteur du régime/l'employeur.
 - Les sections **2** et **8** à **13** doivent être remplies à l'encre par le participant au régime/l'employé.
 - La section **14** doit être signée à l'encre par le participant au régime/l'employé et l'administrateur du régime.
- ** Aux sections **3** à **13**, ne remplissez que la section pertinente selon le changement.

Retournez L'ORIGINAL au promoteur du régime/l'employeur. Retournez UNE PHOTOCOPIE à :
(par courrier) Morneau Shepell, 895, Don Mills Road, CPAG, Toronto (Ontario) M3C 1W3 ou
(par télécopieur) 1 877 464-0109.

1 Renseignements sur le promoteur du régime/l'employeur

Nom du client	Code de client/division	Catégorie	Nom de la compagnie d'assurance A)
N° de la police ou du contrat collectif	Centre de coûts (s'il y a lieu)	Date d'effet du changement J J / M M / A A A A	B)

2 Renseignements sur le participant au régime/l'employé

Nom	Prénom	Initiale	État matrimonial	NAS/N° d'identification du participant au régime
-----	--------	----------	------------------	--

3 Changement de situation professionnelle

Situation professionnelle actuelle <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Saisonnier/contrat <input type="radio"/> Cessation Date d'effet : J J / M M / A A A A	Heures de travail par semaine
Nouvelle situation professionnelle <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Saisonnier/contrat <input type="radio"/> Cessation Date d'effet : J J / M M / A A A A	Heures de travail prévues par semaine

4 Changement de salaire

Salaire annuel actuel	Nouveau salaire annuel
-----------------------	------------------------

5 Mutation à une autre division

Division actuelle	Nouvelle division
-------------------	-------------------

6 Changement de catégorie

Catégorie actuelle	Nouvelle catégorie
--------------------	--------------------

7 Changement de centre de coûts

Centre de coûts actuel	Nouveau centre de coûts
------------------------	-------------------------

8 Changement de nom

<input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Personne à charge	Nom actuel	Prénom actuel	Initiale actuelle
	Nouveau nom	Nouveau prénom	Nouvelle initiale

9 Changement d'adresse

Adresse postale actuelle			Nouvelle adresse postale		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal

10 Correction de la date de naissance

<input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Personne à charge	Date de naissance actuelle J J / M M / A A A A
	Nouvelle date de naissance J J / M M / A A A A

11 Changement de bénéficiaire

Si vous désignez un bénéficiaire qui :
(a) qui n'a pas atteint l'âge de la majorité, ou
(b) est handicapé intellectuellement,
vous devriez aussi nommer un tuteur pour ce bénéficiaire. Si tel est votre cas ou si la capacité juridique de votre bénéficiaire désigné vous préoccupe, veuillez consulter un conseiller juridique pour obtenir des précisions à cet égard.

Si vous êtes un résident du Québec et que vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, vous ne pouvez pas modifier votre désignation de bénéficiaire, à moins que :

- (a) vous n'indiquez que votre désignation de bénéficiaire est révocable en cochant la case appropriée sur le présent formulaire, ou que
- (b) votre conjoint n'accepte, par écrit, de ne plus être votre bénéficiaire.

Les renseignements originaux sur votre bénéficiaire seront conservés par le promoteur du régime/l'employeur.

Désignation de vos bénéficiaires

Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire
Lien avec le participant	Pourcentage alloué %
Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire
Lien avec le participant	Pourcentage alloué %
Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire
Lien avec le participant	Pourcentage alloué %
Total %	

Je désigne _____ comme tuteur pour recevoir tout montant destiné à un bénéficiaire de moins de l'âge de la majorité ou handicapé intellectuellement.

Pour les résidents du Québec seulement

Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, votre désignation sera irrévocable, à moins que vous n'indiquiez ci-dessous qu'elle est révocable.

Je désire que ma désignation soit : Révocable Irrévocable

12 Ajout ou suppression de personnes à charge

Ajout Suppression

Nom complet du conjoint (nom, prénom)	Date de naissance J J / M M / A A A A	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
---------------------------------------	--	---

Ajout Suppression

Nom complet de l'enfant (nom, prénom)	Date de naissance J J / M M / A A A A	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Étudiant <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
---------------------------------------	--	---	---

Ajout Suppression

Nom complet de l'enfant (nom, prénom)	Date de naissance J J / M M / A A A A	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Étudiant <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
---------------------------------------	--	---	---

Raison :

13 Déclaration du participant au régime/l'employé

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à l'échange des renseignements personnels me concernant par le promoteur du régime/l'employeur, l'administrateur, une compagnie d'assurance ou toute autre personne nécessitant ces renseignements aux fins de l'administration de mon régime d'assurance collective.

J'autorise ces parties à obtenir et à échanger entre elles tout renseignement à mon sujet et au sujet de mon conjoint et des enfants à ma charge aux fins de l'établissement de l'admissibilité aux protections, de la tenue des dossiers, d'identification de dossiers, de rapports, de souscription, d'obtention de renseignements médicaux, d'évaluation et de résolution des demandes de règlement, de gestion de programme et de tous les autres services fournis à l'occasion.

Je confirme avoir obtenu le consentement de mon conjoint et des enfants à ma charge qui sont majeurs relativement à la transmission de leurs renseignements personnels dans le cadre du régime.

Par la présente, je demande à participer au régime d'assurance collective de mon promoteur de régime/employeur et j'autorise la perception des retenues salariales nécessaires.

Je certifie que les renseignements figurant ci-dessus sont vrais et complets. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original. Le promoteur du régime/l'employeur conservera l'original du formulaire d'adhésion.

Signature du participant au régime/l'employé

Signature de l'administrateur du régime

Date de la signature

Date de la signature