

FORMULAIRE DE MODIFICATION

- La section 1 DOIT ÊTRE remplie pour tout type de modification
- Pour soumettre, envoyez une photocopie du formulaire dûment rempli, par télécopieur ou par la poste, à Morneau Sobeco à :
895, chemin Don Mills, 4^e étage
1 Centre Morneau Sobeco
Toronto (Ontario) M3C 1W3
Télécopieur : 1-877-464-0109
Conservez l'original dûment rempli de ce formulaire dans le dossier du participant au régime

Raison de la modification :

Changement d'adresse (section A)
 Cessation de participation au régime (section 1)
 Ajout d'une personne à charge (section B)
 Suppression d'une personne à charge (section B)
 Modification de la désignation de bénéficiaire (section C)

Modification de la situation professionnelle (section D)
 Correction d'une date de naissance (section E)
 Changement de nom (section F)
 Modification du salaire (section G)
 Autre - Veuillez spécifier (section H)

Nom de la compagnie d'assurance :	N° de la police ou du contrat collectif :
Compagnie d'assurance A)	
Compagnie d'assurance B)	
Compagnie d'assurance C)	

Nom du groupe/détenteur de police : _____ Signataire autorisé de Morneau Sobeco : _____

① INFORMATION SUR LE GROUPE ET LE PARTICIPANT AU RÉGIME (CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE POUR TOUT TYPE DE MODIFICATION)

Nom du participant (nom/prénom/initiale)	NAS ou numéro d'identification du participant	Date d'entrée en vigueur de la modification (jj/mm/aaaa)	Cessation de participation au régime
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

A CHANGEMENT OU CORRECTION D'ADRESSE

Nouvelle adresse postale	Ville	Province	Code postal

B MODIFICATION DE LA PROTECTION EN RAISON D'UN CHANGEMENT À LA SITUATION FAMILIALE

Protection demandée pour soins médicaux				Protection demandée pour soins dentaires		
<input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Familiale <input type="radio"/> Renonciation*				<input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Familiale <input type="radio"/> Renonciation*		
Nom du conjoint et des enfants, le cas échéant (nom/prénom/initiale)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe	Étudiant à temps plein dépassant l'âge limite?	Personne à charge handicapée?	Autre protection existante	
					Soins médicaux	Soins dentaires
Conjoint		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	s.o.	s.o.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

*Si vous renoncez aux protections pour soins médicaux et/ou dentaires parce que vous bénéficiez d'une protection comparable en vertu du régime de votre conjoint, vous devez remplir un formulaire de renonciation aux protections. Vous pouvez renoncer SEULEMENT aux protections pour soins médicaux et dentaires.

C MODIFICATION DE LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE**

Indiquez la protection à laquelle cette modification s'applique.				Date d'entrée en vigueur de la modification (jj/mm/aaaa)	
<input type="radio"/> Assurance vie de base <input type="radio"/> Assurance accident de base <input type="radio"/> Assurance vie facultative <input type="radio"/> Assurance accident facultative					
Nom du bénéficiaire (nom/prénom/initiale)	Pourcentage	Bénéficiaire révocable?*	Lien avec le participant		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			

Dans le cas où le ou les premiers bénéficiaires décèderaient avant le participant, le ou les bénéficiaires subsidiaires suivants auront droit aux prestations :

Nom du bénéficiaire subsidiaire (nom/prénom/initiale)	Pourcentage	Bénéficiaire révocable?*	Lien avec le participant
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

** Au Québec, s'il n'est pas précisé que la désignation de bénéficiaire est irrévocable ou révocable, le conjoint en droit est réputé être un bénéficiaire irrévocable et les autres bénéficiaires sont réputés être des bénéficiaires révocables. Une désignation irrévocable ne peut pas être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Nom du fiduciaire pour les bénéficiaires de moins de 18 ans (Au Québec, il est recommandé de consulter un conseiller juridique pour créer une telle fiducie.)

Par la présente, je confirme la désignation de bénéficiaire ci-dessus, qui remplace toute désignation de bénéficiaire révocable antérieure. Je me réserve le droit de changer cette désignation de bénéficiaire révocable en tout temps.

20

Signature du participant au régime

Date de la signature

D MODIFICATION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Indiquez quelle est votre nouvelle situation professionnelle

Temps plein Temps partiel Contrat/Saisonnier Autre :

E CORRECTION D'UNE DATE DE NAISSANCE

La modification s'applique à :	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Nom (nom/prénom/initiale)	
Participant	
Conjoint	
Enfant	

G MODIFICATION DU SALAIRE

Salaire actuel	Nouveau salaire

F CHANGEMENT DE NOM

Nom actuel au complet (nom/prénom/initiale)
Nouveau nom au complet (nom/prénom/initiale)
La modification s'applique :
<input type="radio"/> au participant <input type="radio"/> au conjoint <input type="radio"/> aux enfants à charge

H AUTRE-VEUILLEZ SPÉCIFIER

--