

Demande de modification

TotalGUARD

Renseignements sur l'employé participant

Nom de l'entreprise

No. de police

Nom de l'employé participant (prénom, initiales, nom de famille)

No. de certificat

Pour modifier votre bénéficiaire vous devez compléter le formulaire de désignation de bénéficiaire.

Changement de nom

Ancien nom

Nouveau nom

SVP veuillez fournir une copie du certificat de mariage ou de divorce.

Modification à la couverture

Modification à la couverture familiale

Oui

Non

Si oui, veuillez SVP compléter une des sections suivantes :

1. Modification due à <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Union de fait (min. 12 mois de cohabitation)	Date du mariage (jj/mm/aaaa)	Nom du conjoint	Date de naissance du conjoint (jj/mm/aaaa)
2. Modification due à la cessation de l'assurance du conjoint Confirmation requis, exemple : lettre de l'employé à la compagnie d'assurance ou une lettre de la compagnie d'assurance.	Date de la cessation de la couverture du conjoint (jj/mm/aaaa)	Nom du conjoint	Date de naissance du conjoint (jj/mm/aaaa)
3. Modification due à l'ajout d'un enfant à charge	Raison de l'ajout de l'enfant à charge	Nom de l'enfant	sexe <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fem. Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa)
	Raison de l'ajout de l'enfant à charge	Nom de l'enfant	sexe <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fem. Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa)

Une demande de couverture familiale doit être effectuée dans les 31 jours suivant la date de modification, sans quoi une preuve médicale sera demandée.

Modification à la couverture individuelle

Oui

Non

Si oui, veuillez SVP compléter une des sections suivantes :

1. Modification due à l'obtention d'un régime d'assurance par votre conjoint.	Le programme de votre conjoint inclut : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Dentaire	Date effective de l'assurance de votre conjoint (jj/mm/aaaa)	La couverture du conjoint est <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale
	Nom de la compagnie d'assurance du conjoint	No. de police	
2. Modification due à une séparation, un divorce ou le décès de votre conjoint.	Date de séparation/divorce (jj/mm/aaaa)	Date de décès (jj/mm/aaaa)	

Modification à la couverture partielle Oui Non

Si oui, veuillez SVP compléter ce qui suit :

La renonciation d'une garantie pour assurance-maladie et dentaire est permise seulement si une garantie similaire est fournie par le régime de votre conjoint.	Le programme de votre conjoint inclut : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Dentaire	Date effective de la couverture familiale de votre conjoint (jj/mm/aaaa)
	Nom de la compagnie d'assurance du conjoint	No. de police

Changement de régime

Oui

Non

Si oui, veuillez SVP compléter ce qui suit : Réserver à l'employeur seulement

Avant d'être éligible à un changement d'option sur votre régime actuel, vous devez être assuré sur votre option actuelle pendant une période minimale de 2 ans.

Date effective de la modification :

Nouveau régime :

Note : Un changement de couverture ne peut être effectué que pour le niveau supérieur ou inférieur immédiat.

Cessation aux garanties

Raison de la cessation

Date de la dernière journée de travail (jj/mm/aaaa)

Autres modifications

Modifications

Date des modifications (jj/mm/aaaa)

Certification et autorisation

J'atteste que toutes les déclarations, représentations et réponses contenues dans la présente demande sont véridiques, complètes et entières, qu'elles soient imprimées ou écrites à la main, et que l'assurance demandée est émise moyennant considération de celles-ci. Chez HED Courtier en Assurance Inc., nous savons que la confidentialité des informations personnelles est très importante. Toutes les informations que vous nous transmettez seront conservées dans un dossier d'assurance collective. Les informations contenues au dossier ne seront accessibles que par : • nos employés et représentants dans l'accomplissement de leur emploi; • les personnes à qui vous en avez donné le droit par écrit; • les personnes autorisées par la loi.

Sur demande, vous avez toujours le droit de consulter votre dossier et, si nécessaire, corriger toutes informations erronées.

HED Courtier en Assurance Inc. s'engage à respecter votre vie privée et à préserver la confidentialité des renseignements transmis, et ce, avec les meilleurs moyens dont elle dispose, afin de protéger les données personnelles vous concernant, ainsi que tous les renseignements ayant trait à vos activités professionnelles et financières qui se rapportent à l'un ou l'autre des dix principes de confidentialité prescrits par la Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques (www.privcom.gc.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'engagement du groupe HED Courtier en Assurance Inc. envers la confidentialité et la sécurité des renseignements, veuillez visiter notre site web: www.hedinc.com

Signature de l'assuré

Signature de l'employeur

Date de la signature(jj/mm/aaaa)