



Nom de l'employé _____ Nom de l'employeur _____

No de compte _____ No de d'employé _____

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie est autorisée à effectuer les changements indiqués ci-dessous:

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE:

Nom au complet

Lien de parenté

Date de naissance

Cette désignation est révocable irrévocable

Je, soussigné, déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans celle-ci sont vrais au meilleur de ma connaissance et autorise la Compagnie à effectuer tous les changements demandés.

Date Signature de l'employé

CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE (si bénéficiaire préalablement désigné à titre irrévocable)

Je, _____, le bénéficiaire préalablement désigné, consens par les présentes au changement de bénéficiaire ci-haut mentionné.

Signé à _____ en ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature d'un témoin Signature de l'ancien bénéficiaire

DÉCLARATION D'ÉTAT MATRIMONIAL ET/OU CHANGEMENT DE NOM:

demande que mon état matrimonial soit changé _____ à _____

demande que mon nom soit changé de _____ à _____

PROTECTION CHANGÉE: individuelle familiale

en vertu: d'un mariage _____ / _____ / _____ ou union libre _____ / _____ / _____
j m a j m a

Nom du conjoint(e) Sexe Date de naissance

Ajout d'un nouveau dépendant _____
Nom Sexe Date de naissance

CHANGEMENT D'ADRESSE : _____

Date Signature de l'Employé

CHANGEMENT DE SALAIRE : _____ \$ H / M / A Date effective : _____ / _____ / _____
j m a

TERMINAISON DE L'ASSURANCE:

Veuillez annuler l'assurance de l'employé ci-haut mentionné en date de _____ / _____ / _____

Raison: a quitté notre service est temporairement mis à pied

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL: employé est retourné à son travail _____ / _____ / _____
j m a

Autre _____

signature de l'employeur date

RENONCIATION:

L'occasion de participer au régime d'assurance collective de mon employeur, souscrit par Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, m'a été offerte.

J'ai décidé de renoncer:

Je demande d'annuler: Régime d'assurance collective Santé/Dentaire

Je réalise que des preuves d'assurabilité, à mes propres frais, seront requises si je désire à une date ultérieure adhérer à ce régime d'assurance collective.

Signature de l'Employé Date