

## AVIS DE CHANGEMENT B

Nom du client/Nom du groupe:	<b>Code d'utilisateur GPM/No de certificat :</b>
Nom du participant :	
Adresse électronique du participant :	

### Changement ou ajout de garantie

Date du changement (jj/mm/aa) :

#### Renseignements sur les garanties

**Je désire la couverture suivante :**

Frais médicaux :       Exemption \*       Individuelle       Couple       Monoparental       Familiale

Soins dentaires (si applicable) :       Exemption \*       Individuelle       Couple       Monoparental       Familiale

**\* Veuillez fournir une preuve de couverture avec l'assurance du conjoint**

Nom de la compagnie d'assurance du conjoint :

No de la police :

**Je désire que la (les) personne(s) suivante(s) soient incluse(s) à la protection :**

Nom du conjoint(e) ou de l'enfant	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Relation		Sexe M/F	Étudiant à temps plein Oui	PAC invalide Oui	Ajouter	Terminé
		Conjoint	Enfant					
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

### Raison du changement

**Mariage** (jj/mm/aa) :       OU      **Union de fait** (Date de cohabitation) (jj/mm/aa) :

Votre conjoint a-t-il de l'assurance ?      Oui       Non

**Assurance vie des personnes à charge SEULEMENT**       Conjoint       Enfant       Étudiant à temps plein

**Naissance d'un enfant**

**Fin de l'assurance du conjoint**      Date (jj/mm/aa) :

**Séparation/Divorce**      Date (jj/mm/aa) :

Avez-vous des enfants de moins de 18 ans?       Oui       Non

Avez-vous des étudiants à temps plein à charge de plus de 18 ans?       Oui       Non

**Autre**

Précisez :

### DÉCLARATION ET AUTORISATION

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques. Je comprends que des renseignements faux, incomplets ou inexacts peuvent entraîner le rejet de toute demande de règlement, ou même la résiliation d'une partie ou de la totalité de ma couverture par l'entremise du régime collectif. J'autorise Groupe Premier Médical inc., ses mandataires et fournisseurs de service à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements relatifs à ma demande aux fins de gestion, de vérification ou du traitement des demandes de règlement. J'autorise mon employeur à prélever sur mon salaire toute cotisation, si nécessaire, se rapportant à ma couverture par l'entremise du régime collectif.

Date (jj/mm/aa) :

Signature de l'employé

Signature de l'employeur

Veuillez SVP imprimer et retourner ce formulaire à votre employeur dans les meilleurs délais pour valider les changements désirés. Merci.