

Instructions :

Veillez remplir ce formulaire pour signaler les modifications apportées à votre information sur l'adhésion à l'assurance collective. Veillez suivre correctement ces instructions car des informations incorrectes ou incomplètes peuvent entraîner un non paiement ou un paiement erroné. Veillez écrire en lettres moulées. Il ne faut pas effacer ou utiliser de correcteur. Si vous faites une erreur, rayez le texte et apposez vos initiales.

1. Pour changer votre état matrimonial, veuillez remplir la section intitulée Identification, en plus des sections 1, 2 et 4 (si nécessaire) et 7.
2. Pour ajouter ou rayer des personnes à charge, veuillez remplir la section intitulée Identification, en plus des sections 2 et 7.
3. Pour changer votre nom, veuillez remplir la section intitulée Identification, en plus des sections 3 et 7.
4. Pour renoncer aux prestations d'assurance-maladie ou de soins dentaires, veuillez remplir la section intitulée Identification, en plus des sections 4 et 7.
5. Pour renoncer à toutes les prestations offertes en vertu d'un régime facultatif, veuillez remplir la section intitulée Identification, en plus des sections 2, 5 et 7.
6. Pour changer votre bénéficiaire, veuillez consulter le formulaire de changement de bénéficiaire.

Une fois rempli, veuillez faire parvenir le présent formulaire à l'administrateur de votre régime ou l'envoyer directement à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life, Division assurances collectives.

Identification :

Titulaire de police : _____ N° de groupe G- _____

Nom de l'employé(e) _____ N° de certificat C- _____

Nom de famille _____ Prénom _____

Section 1 : Changement d'état matrimonial

A) Marié(e) Date de mariage : _____ Année /mois /jour _____

Conjoint(e) Date de commencement de l'union de fait : _____

Veillez indiquer l'une des conditions suivantes :

- Je souhaite que mon(ma) conjoint(e) et mes enfants à charge soient couverts. Il faut également remplir la section 2.
- Je n'ai pas besoin de couverture pour mon(ma) conjoint(e) et mes enfants à charge.

B) Séparé(e) Date de séparation : _____ Année /mois /jour _____

Divorcé(e) Date du divorce : _____

Veuf Date de décès du(de la) conjoint(e) : _____

Veillez indiquer si l'une des conditions suivantes s'applique :

- Je n'ai plus besoin de couverture pour mon(ma) conjoint(e). Il faut également remplir la section 2.
- Je n'ai plus besoin de couverture pour mes enfants à charge. Il faut également remplir la section 2.
- Je suis légalement obligé(e) d'avoir une couverture pour mon ex-conjoint(e). Veuillez fournir une copie de l'ordonnance du tribunal.

Section 2 : Ajoutez ou rayez des personnes à charge admissibles

A) Veuillez fournir toutes les informations sur les personnes à charge admissibles que vous souhaitez **ajouter** à votre assurance collective. Note : Si vous avez renoncé antérieurement à l'assurance pour une personne à charge, vous devrez remplir le formulaire d'autorisation d'assurance.

	Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance			*Autre régime d'assurance	
					Année	/mois	/jour	Assurance-maladie	Assurance-soins dentaires
Conjoint(e)									
1 ^{er} enfant									
2 ^e enfant									
3 ^e enfant									
4 ^e enfant									
5 ^e enfant									

B) Veuillez fournir toutes les informations sur les personnes à charge admissibles que vous souhaitez **rayez** de votre assurance collective.

	Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance			*Autre régime d'assurance	
					Année	/mois	/jour	Assurance-maladie	Assurance-soins dentaires
Conjoint(e)									
1 ^{er} enfant									
2 ^e enfant									
3 ^e enfant									
4 ^e enfant									
5 ^e enfant									

* Pour obtenir des précisions sur l'autre régime d'assurance, consultez la page 2.

