FORMULAIRE DE CHANGEMENT À L'ASSURANCE COLLECTIVE – CHANGEMENTS DEMANDÉS PAR L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME

À remplir par l'administrateur de régime

Effacer le formulaire | Enregistrer le formulaire | Imprimer le formulaire

1.

Numéro de police	Numéro de division	Titulaire de police (nom de la société)	Nom de l'administrateur de régime

Numéro de téléphone au travail	Numéro de télécopieur	Adresse de courriel de l'administrateur de régime

2. **Type de changement demandé** (sélectionnez le type de changement et indiquez la lettre correspondante dans la colonne « Type de changement » ci-dessous)

A) Cessation d'emploi – veuillez indiquer la date de la dernière journée de travail. Pour les ententes de départ, il faut communiquer avec l'Empire Vie afin d'obtenir l'approbation de la prolongation des garanties. (Note : les garanties à indemnités hebdomadaires et celles de longue durée ne sont pas admissibles à une prolongation.)

B) Remise en vigueur – seulement dans les 6 mois qui suivent la cessation d'emploi. Si plus de 6 mois se sont écoulés, veuillez remplir un nouveau Formulaire d'adhésion à l'assurance collective.

C) Changement salarial – veuillez préciser le nouveau montant dans la section « Commentaires » ci-dessous.

D) Changement d'occupation ou de catégorie – veuillez fournir les détails dans la section « Commentaires » ci-dessous.

E) Avis d'une personne à charge ayant dépassé l'âge d'admissibilité qui poursuit des études collégiales ou universitaires à temps plein – veuillez fournir le nom de la personne à charge, sa date de naissance, le nom de l'établissement scolaire, son adresse (le pays, si à l'extérieur du Canada) ainsi que les dates de début et de fin du programme d'études.

F) Autres – veuillez fournir les détails dans la section « Commentaires » ci-dessous.

S'il vous faut plus d'espace, nous vous prions de joindre une feuille distincte.

Numéro de certificat	**Nom de l'employé**	**Type de changement** (indiquez la lettre)	**Date d'effet** (jj/mmm/aa)	**Commentaires** (veuillez fournir les détails du changement)

3. **Signature de l'administrateur de régime**

Signature	Date de la signature (jj/mmm/aa)
X	

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Empire Vie MD