

FORMULAIRE DE CHANGEMENT À L'ASSURANCE COLLECTIVE – CHANGEMENTS DEMANDÉS PAR L'EMPLOYÉ ASSURÉ

Dans le présent document, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Le masculin est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

À remplir par l'employé assuré

1.	Nom de l'employeur/de la division	N° de groupe	N° de division	N° de certificat
	Prénom de l'employé	Nom de famille		

2. TYPE DE CHANGEMENT DEMANDÉ

Sélectionnez le type de changement et indiquez la lettre correspondante dans la colonne « Type de changement » ci-dessous.

- A) Changement de nom ou d'adresse de l'employé** – veuillez remplir les sections 3 et 8.
B) Renseignements bancaires – veuillez remplir les sections 4 et 8.
C) Changement dans la protection d'une personne à charge – veuillez indiquer les raisons dans la section « Commentaires » i) dessous et remplir les sections 5 et 8.
D) Renonciation intégrale/renonciation des garanties/coordination des garanties – veuillez lire et remplir les sections 6 et 8.
E) Changement de bénéficiaire – veuillez remplir les sections 7 et 8.
F) Autres – veuillez fournir les détails dans la section « Commentaires » ci-dessous et remplir la section 8.

Type de changement (indiquez la lettre ci-dessus)	Date d'effet (jj/mm/aaaa)	Commentaires (fournissez les détails du changement - S'il vous faut plus d'espace, nous vous prions de joindre une feuille distincte.)

3. CHANGEMENT DE NOM OU D'ADRESSE DE L'EMPLOYÉ Changement de nom Changement d'adresse

Nouveau prénom (nom complet en lettres moulées)	Nom de famille (nom complet en lettres moulées)		
Raison du changement			Date d'effet (jj/mm/aaaa)
Nouvelle adresse (numéro et rue)			
Ville	Province	Code postal	

4. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

Je veux profiter du dépôt direct de mes règlements d'assurance maladie et d'assurance dentaire dans mon compte bancaire. Veuillez joindre un chèque personnel annulé au nom de l'employé ou remplir la section sur les renseignements bancaires ci-dessous :

Nom de la banque	Nom et adresse			001
	PAYEZ À			\$
	Échantillon			DOLLARS
N° de transit	N° de la banque	N° de compte	INFORMATION DE LA BANQUE	
			12345 004 123 45678	
			N° de transit N° de banque N° de compte	

5. CHANGEMENT DE L'INFORMATION CONCERNANT UNE PERSONNE À CHARGE (Remplissez cette section si vous ajoutez ou supprimez une personne à charge ou que vous mettez à jour l'information concernant une personne à charge.)

Date d'effet (jj/mm/aaaa)	Changer pour une protection <input type="radio"/> individuelle <input type="radio"/> familiale <input type="radio"/> renonciation à la protection
---------------------------	---

Votre conjoint et les personnes à votre charge ont-ils une carte d'assurance maladie provinciale? (p. ex., RAMQ, RAMO) oui non

Raison du changement : <input type="radio"/> Naissance/adoption d'un enfant <input type="radio"/> Séparation <input type="radio"/> Mariage <input type="radio"/> Cohabitation <input type="radio"/> Perte de protection (jj/mm/aaaa) :	Date du mariage/début de la cohabitation (jj/mm/aaaa)
---	---

Indiquez ci-dessous l'information sur la (les) personne(s) à charge. S'il vous faut plus d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

Prénom	Nom de famille	Lien (conjoint, enfant)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe (H/F/X)	Enfant handicapé*	Étudiant à temps plein âgé de 22 ans ou plus**	Type de changement
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Suppression
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Suppression
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Suppression
					<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Suppression

* Veuillez remplir le formulaire Renseignements sur les enfants à charge handicapés et le soumettre avec le Formulaire d'adhésion à l'assurance collective.

** Veuillez remplir ci-dessous les renseignements sur l'étudiant – **Remarque : L'étudiant doit fréquenter à temps plein un établissement d'enseignement reconnu.** S'il y a plus d'un étudiant, veuillez joindre une feuille distincte.

Prénom	Nom de famille	
Date de début du trimestre (jj/mm/aaaa)	Date de fin du trimestre (jj/mm/aaaa)	La protection d'assurance maladie provinciale a-t-elle été offerte? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Nom de l'établissement postsecondaire	S'il est à l'extérieur du Canada ou des É.-U., indiquez le pays	

6. RENONCIATION OU COORDINATION DES GARANTIES

Compréhension du choix

- Je reconnais que l'on m'a offert les garanties du régime d'assurance collective de l'employeur, et que ces garanties m'ont été intégralement expliquées.
- Je renonce, comme indiqué ci-dessous, à tous mes droits et privilèges en ce qui concerne ces garanties.
- Je comprends que si, à une date ultérieure, je demande la protection à laquelle je renonce actuellement, l'Empire Vie pourrait exiger que je fournisse une preuve d'assurabilité, et ce, à mes frais.
- **Si l'option de renonciation n'est pas sélectionnée, la protection familiale s'appliquera.**

Est-ce que vous ou l'un des membres de votre famille détenez une protection d'assurance maladie complémentaire (AMC) ou d'assurance dentaire auprès d'un autre assureur? oui non

Si oui, veuillez préciser si la protection est : individuelle familiale

Renonciation des garanties

Si vous avez ou si les personnes à votre charge ont actuellement une protection d'AMC et/ou une assurance dentaire dans le cadre d'un autre régime, vous pouvez renoncer à ces garanties conformément à ce contrat en cochant la boîte appropriée pour chaque garantie :

- Je renonce à la protection pour moi-même et les personnes à ma charge en vertu de : l'AMC l'assurance dentaire
- Je renonce à la protection pour les personnes à ma charge en vertu de : l'AMC l'assurance dentaire

Nom de l'autre assureur _____

Coordination des garanties

Je souhaite coordonner les garanties de la protection offerte par l'assureur de mon conjoint **avec** la protection familiale offerte par l'Empire Vie en vertu de : l'AMC l'assurance dentaire

Renonciation intégrale à TOUTE protection (régime à adhésion facultative seulement)

- Je renonce à toute protection pour moi et les personnes à ma charge.

7. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES (à remplir seulement pour les prestations payables au décès de l'employé assuré)

Bénéficiaire mineur :

Un bénéficiaire mineur ne recevra pas directement la prestation payable au décès. À l'extérieur du Québec, vous devez désigner un fiduciaire qui recevra toute prestation payable au décès au nom d'un bénéficiaire mineur. Au Québec, le tuteur recevra toute prestation payable au décès au nom d'un bénéficiaire mineur, à moins que vous n'ayez nommé un administrateur ou créé une fiducie officielle. Lorsque le bénéficiaire atteint la majorité, il recevra directement toute prestation payable qui lui est due, à moins que vous n'ayez créé une fiducie officielle et que cette fiducie soit en vigueur lors du versement de la prestation de décès.

Désignations de premier bénéficiaire :

- En l'absence d'un bénéficiaire désigné, la prestation de décès sera versée à la succession de l'employé.
- Les pourcentages attribués pour tous les premiers bénéficiaires doivent totaliser 100 %.
- Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage, les prestations seront divisées également entre tous les bénéficiaires survivants.
- Vous pouvez changer la désignation de bénéficiaires en tout temps en envoyant un avis écrit à l'Empire Vie.
- Si vous souhaitez qu'un bénéficiaire soit irrévocable (c'est-à-dire que vous ne pourrez pas changer la désignation ou modifier votre protection en vertu du régime sans l'autorisation écrite du bénéficiaire), veuillez remplir le Formulaire d'autorisation et de désignation de bénéficiaires.

Remarque : Si les lois du Québec s'appliquent et que vous avez désigné votre conjoint marié ou en union civile à titre de bénéficiaire, la désignation sera irrévocable à moins que vous cochiez le cercle « Révocable » ci-dessous.

Je souhaite que le bénéficiaire soit : révocable - je peux changer ce bénéficiaire en tout temps.

Premier(s) bénéficiaire(s)

Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)
Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)
Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)
Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)

Bénéficiaire subsidiaire/subrogé

Vous pourriez souhaiter désigner un bénéficiaire subsidiaire/subrogé afin qu'il reçoive tout produit de cette police d'assurance collective, dans l'éventualité où tous vos premiers bénéficiaires décèderaient avant vous. S'il n'y a aucun bénéficiaire survivant à votre décès, nous paierons les produits à votre succession. Les bénéficiaires subsidiaires/subrogés sont toujours révocables. Les pourcentages pour tous les bénéficiaires subsidiaires/subrogés doivent totaliser 100 %.

Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)
Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)
Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)
Prénom	Initiale	Nom de famille	Lien
Date de naissance (si mineur) (jj/mm/aaaa)		Nom du fiduciaire (si le bénéficiaire est mineur)	Part (%)

8. Déclaration, autorisation et signatures

En signant ci-dessous, j'annule par la présente :

- toute désignation de bénéficiaire précédente si je change le(s) bénéficiaire(s) et je demande que toute somme payable soit versée au(x) bénéficiaire(s) nommé(s) ci-dessus.

J'autorise :

- L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) à effectuer toute opération précitée, selon les droits et les conditions de la police/du contrat.
- L'Empire Vie à déposer tout paiement de règlement d'assurance maladie et d'assurance dentaire dans mon compte bancaire, comme il est indiqué à la section 4.

Une photocopie ou une copie électronique de ce formulaire de changement ainsi que de l'autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé

X

Date de la signature (jj/mm/aaaa)

Signature du (des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) (s'il y a lieu). **J'autorise par les présentes le changement de bénéficiaire ci-dessus et je renonce à mes droits à titre de bénéficiaire.**

X

Date de la signature (jj/mm/aaaa)

Signature de l'administrateur de régime (non requise pour un changement de désignation de bénéficiaires ou de renseignements bancaires)

X

Date de la signature (jj/mm/aaaa)

Veillez retourner le tout à :

Empire Vie

Administration, Assurance collective

259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8

Service à la clientèle, Assurance collective : 1 800 267-0215 Télécopieur : 1 888 841-9145

Courriel : group.administration@empire.ca