

Demande de modification du participant

Participant : Remplir toutes les sections applicables, signer le formulaire et l'envoyer à l'administrateur de votre régime.

Administrateur de régime : Examiner le formulaire et l'envoyer à La Corporation People.

Envoi par courriel : adminsupport@peoplecorporation.com

Envoi par la poste : 1403 Kenaston Blvd., Winnipeg (Manitoba) R3P 2T5

Envoi par télécopieur : 204 488-6008 **Renseignements sur les demandes de règlement :** 1 800 875-7982

Renseignements sur le participant

Nom de la division : _____

Nom du participant : _____ N° de certificat : _____

Modification des données du participant

Changement de nom

Date d'entrée en vigueur de la modification (JJ/MM/AAAA) : _____ Raison de la modification : _____

Nom précédent : _____ Prénom précédent : _____

Nouveau nom : _____ Nouveau prénom : _____

Changement d'adresse

Date d'entrée en vigueur de la modification (JJ/MM/AAAA) : _____

Adresse précédente : _____

Nouvelle adresse : _____

Modification de l'état matrimonial

Célibataire Marié(e) / Conjoint de fait Divorcé(e) Séparé(e) Veuf ou veuve

Conjoint de fait - date de début de la cohabitation (JJ/MM/AAAA) : _____ Date d'entrée en vigueur de la modification (JJ/MM/AAAA) : _____

Modification de la couverture

Changement de catégorie

Date d'entrée en vigueur de la modification (JJ/MM/AAAA) : _____

Catégorie actuelle _____ Nouvelle catégorie : _____

Raison du changement : _____

Mise à jour de la coordination des prestations

Sélectionner et remplir toutes les données pertinentes :

Je (et/ou) mes personnes à charge avons **obtenu** une couverture au titre d'un autre : régime d'assurance soins médicaux

régime d'assurance soins dentaires

Nom de la personne assurée : _____

Nom de la ou des sociétés d'assurance : _____

N° du régime d'assurance soins médicaux : _____

Date de résiliation de la couverture d'assurance soins médicaux (JJ/MM/AAAA) : _____

N° du régime d'assurance soins dentaires : _____

Date de résiliation de la couverture d'assurance soins dentaires (JJ/MM/AAAA) : _____

Je (et/ou) mes personnes à charge ont **perdu** leur couverture au titre d'un autre : Régime de soins médicaux

Régime de soins dentaires

Nom de la personne assurée : _____

Nom de la ou des sociétés d'assurance : _____

N° du régime de soins médicaux : _____

Date de résiliation de la couverture d'assurance soins médicaux (JJ/MM/AAAA) : _____

N° du régime de soins dentaires : _____

Date de résiliation de la couverture d'assurance soins dentaires (JJ/MM/AAAA) : _____

Renonciation à la couverture

Vous pouvez renoncer à la couverture pour vous et pour vos personnes à charge si vous ou elles bénéficiez d'une couverture semblable au titre d'un autre régime d'assurance. La section relative à la coordination des prestations doit également être remplie.

Sélectionner toutes les réponses pertinentes :

Je souhaite renoncer à la couverture de la garantie **Soins médicaux** pour : Moi-même Mes personnes à charge

Je souhaite renoncer à la couverture de la garantie **Soins dentaires** pour : Moi-même Mes personnes à charge

Ajout d'une couverture

Vous pouvez ajouter une couverture pour vous-même ou vos personnes à charge si vous ou elles avez perdu votre couverture au titre d'une garantie similaire dans le cadre d'un autre régime d'assurance. La section relative à la coordination des prestations doit être remplie. **Sélectionner toutes les réponses pertinentes :**

Je souhaite ajouter la couverture de la garantie **Soins médicaux** pour : Moi-même Mes personnes à charge

Je souhaite ajouter la couverture de la garantie **Soins dentaires** pour : Moi-même Mes personnes à charge

Raison de l'ajout de couverture (sélectionner toutes les réponses pertinentes) :

J'ai perdu ma couverture dans le cadre d'un autre régime d'assurance

Mes personnes à charge ont perdu leur couverture dans le cadre d'un autre régime d'assurance

Autre (expliquer) : _____

Si vous avez coché la case « Autre », veuillez noter que la couverture pourrait être soumise à approbation, à condition de satisfaire d'abord aux exigences médicales définies par la ou les sociétés d'assurance et La Corporation People. Une demande distincte ainsi que des preuves d'assurabilité pourraient être exigées. Toute couverture approuvée peut être soumise à certaines restrictions.

Résiliation de la couverture des personnes à charge

Je souhaite mettre fin à la couverture de certaines personnes à charge (remplir la section Modification des renseignements concernant les personnes à charge)

Je souhaite mettre fin à la couverture de toutes les personnes à charge (sélectionner cette option seulement si vous n'avez plus de personnes à charge)

Date d'entrée en vigueur de la modification (JJ/MM/AAAA) : _____ Raison de la résiliation : _____

Résiliation de la couverture du participant (à l'usage exclusif de l'administrateur du régime)

Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA) : _____

Raison de la résiliation : Cessation d'emploi Mise à pied

Congé autorisé : pour raisons médicales pour raisons personnelles

Congé réglementé : Congé de maternité Congé parental Congé de compassion

Autre : _____

Modification des renseignements concernant les personnes à charge

Remplir cette section pour ajouter ou retirer des personnes à charge ou pour mettre à jour les renseignements concernant les personnes à charge assurées.

Veillez noter que toute personne à charge admissible ajoutée sera automatiquement couverte par l'assurance vie des personnes à charge, si cette garantie est offerte dans le cadre du régime d'assurance collective.

Si un enfant à charge ayant atteint l'âge limite fréquente un collège ou une université ou est atteint d'un handicap, veuillez remplir une Demande de prolongation de couverture d'une personne à charge ayant atteint l'âge limite (M1004) et la joindre au présent formulaire.

Codes de modification : **A** - Ajouter **B** - Retirer **C** - Modifier

Code de modification	Date d'effet de la modification (JJ/MM/AAAA)	Nom	Prénom	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe (M/F)	Lien avec le participant	Personne à charge ayant atteint l'âge limite	Statut d'Indien
							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Attestation et signature du participant

Je, _____, atteste que tous les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Si je demande des couvertures pour mon conjoint et mes personnes à charge, je suis autorisé à transmettre des renseignements au sujet de mon conjoint et de mes personnes à charge à des fins d'évaluation de leur admissibilité. Je comprends que j'ai le droit de demander à consulter les renseignements personnels contenus dans mon dossier et, s'il y a lieu, de faire corriger les renseignements inexacts. Je conviens qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Signature du participant : _____ Date de signature : _____

Attestation et signature de l'administrateur du régime

Je, _____, confirme que tous les renseignements fournis sont véridiques et exacts.

Signature de l'administrateur du régime : _____ Date de signature : _____

Toutes les modifications sont assujetties aux dispositions du ou des contrats d'assurance collective et à la législation applicable.