Demande de modification du salaire

LA CORPORATION people
Bénéficiez d'une approche humaine

N° du groupe : _____ **N° de la division :** _____ **Nom de la division :** _____

N° de certificat	**Nom du participant**	**Nouveau salaire mensuel**	**Date d'effet de la modification** JJ/MM/AAAA

Signature de l'administrateur de régime		Date de signature	

Toutes les modifications sont assujetties aux dispositions du ou des contrats collectifs et de la législation applicable.

Rappel : Le montant de l'assurance invalidité est basé sur le revenu mensuel déclaré. Une preuve de revenu jugée satisfaisante par l'assureur est exigée au moment de la présentation d'une demande de règlement. Les deux dernières déclarations de revenus T1 Générale constituent généralement la preuve de revenu demandée. Aucun remboursement de prime n'est accordé en cas d'écart.