

# Demande de modification

# TotalGUARD

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ PARTICIPANT

Nom de magasin	No. de magasin
Nom de l'employé participant (prénom, initiales, nom de famille)	Debutant le

\*Svp compléter en lettre moulée (aucun correcteur svp).

## CHANGEMENT

Nouveau salaire  Annuel  Mensuel  Horaire  Hebdomadaire

\*Prime

\*Payable sur base régulière, ne pas inscrire bonus.

Nombre d'heures régulières par semaine

Changement de fonction

## CHANGEMENT DE NOM/D'ADRESSE

Nouveau nom (Nom, Prénom, Initiale)		Nouvelle adresse	
Ville	Province	Code postal	

## AJOUT DE GARANTIES

Raison de l'ajout (cocher une seule case)

<input type="checkbox"/> Naissance	*Compléter section renseignements sur la famille.	
<input type="checkbox"/> Mariage	Date du mariage	*Compléter section renseignements sur la famille.
<input type="checkbox"/> Union de fait	Début de l'union	*Compléter section renseignements sur la famille.
<input type="checkbox"/> Cessation de l'assurance du conjoint	Date de la cessation	*Compléter section renseignements sur la famille.

Assurance-maladie complémentaire  
(cocher une seule case)

Soins dentaires  
(cocher une seule case)

<input type="checkbox"/> Moi-même seulement	<input type="checkbox"/> Moi-même seulement	Assurance-vie des personnes à charge <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Moi-même et personnes à charge	<input type="checkbox"/> Moi-même et personnes à charge	
<input type="checkbox"/> Personnes à ma charge <b>SEULEMENT</b> (je suis déjà couvert)	<input type="checkbox"/> Personnes à ma charge <b>SEULEMENT</b> (je suis déjà couvert)	

Pour les résidents du Québec de 65 ans ou plus. Participez-vous au régime d'assurance-médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec ?  
 Oui  Non

## RENONCIATION AUX GARANTIES

Vous pouvez renoncer à l'Assurance-maladie complémentaire et/ou à la garantie Soins dentaires pour vous-même et/ou les personnes à votre charge seulement si vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint.

Raison de la renonciation ou du refus

Nom de l'assureur du conjoint

\*Joindre une copie de la confirmation d'assurance.

Assurance-maladie complémentaire  
(cocher une seule case)

Soins dentaires  
(cocher une seule case)

<input type="checkbox"/> Moi-même seulement	<input type="checkbox"/> Moi-même seulement	Assurance-vie des personnes à charge <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Moi-même et personnes à charge	<input type="checkbox"/> Moi-même et personnes à charge	
<input type="checkbox"/> Personnes à ma charge <b>SEULEMENT</b> (je suis déjà couvert)	<input type="checkbox"/> Personnes à ma charge <b>SEULEMENT</b> (je suis déjà couvert)	
<input type="checkbox"/> Conjoint (e) seulement	<input type="checkbox"/> Conjoint (e) seulement	

SVP compléter le verso de ce formulaire

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Nom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe	Lien de parenté	Handicapé ?	Étudiant à temps plein
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Conjoint (si applicable)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\*Enfant à charge de moins de 21 ans ou étudiant à temps plein, à votre charge, de moins de 26 ans.

## CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Note : Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les ayants droits ont présumés être les bénéficiaires. Si le bénéficiaire est une personne d'âge mineur, un tuteur devra être nommé pour agir en faveur de celui-ci.

Nom du bénéficiaire (nom de famille, prénom, initiales)	Date de naissance	Montant alloué (%)	Lien avec l'employé

Lorsque le bénéficiaire a moins de 18 ans, indiquez le nom du tuteur : \_\_\_\_\_

La relation avec le mineur : \_\_\_\_\_

Date de naissance du tuteur : \_\_\_\_\_

Au Québec, si vous désignez votre conjoint(e) comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire. Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable.

Pour les résidents du Québec seulement. Si le conjoint(e) est bénéficiaire, la désignation est :  Révocable  Irrévocable

## AUTORISATION DU PARTICIPANT/SALARIE

Je certifie que tous les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et complets. Si je demande l'adhésion des personnes à ma charge, je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements concernant mon conjoint(e) ou les enfants à ma charge afin que l'on puisse déterminer leur admissibilité à l'assurance. Si mon numéro de certificat correspond à mon numéro d'assurance sociale, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration de mon assurance collective. J'autorise mon employeur à effectuer les retenues à la source, si nécessaire. Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale

Signature de l'employé _____	Signé à _____ (Ville)	ce _____ (Jour)	jour de _____ (jj/mm/aaaa)
Signature de marchand _____	Signé à _____ (Ville)	ce _____ (Jour)	jour de _____ (jj/mm/aaaa)

Pour les assurances HED, nous savons que la confidentialité des informations personnelles est très importante. Toutes les informations que vous nous transmettez seront conservées dans un dossier d'assurance collective. Les informations contenues au dossier ne seront accessibles que par :

- nos employés et représentants dans l'accomplissement de leur emploi ;
- les personnes à qui vous en avez donné le droit par écrit ;
- les personnes autorisées par la loi.

Sur demande, vous avez toujours le droit de consulter votre dossier et, si nécessaire, corriger toutes informations erronées.