

Demande de Modification



RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ PARTICIPANT

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

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

CHANGEMENT

Nouveau salaire Annuel Mensuel Horaire Hebdomadaire

*Prime Hebdomadaire Mensuel

*Payable sur base régulière, ne pas inscrire bonus.

Nombre d'heures travaillées par semaine

Changement de fonction

CHANGEMENT DE NOM/D'ADRESSE

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

AJOUT DE GARANTIES

Raison de l'ajout (cocher une seule case)

<input type="checkbox"/> Naissance	Remplir section renseignements sur la famille.	
<input type="checkbox"/> Mariage	Date du mariage	Remplir section renseignements sur la famille.
<input type="checkbox"/> Union de fait	Début de l'union	Remplir section renseignements sur la famille.
<input type="checkbox"/> Cessation de l'assurance du conjoint	Date de la cessation	Remplir 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"/> Remplir section renseignements sur la famille.
<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	<input type="checkbox"/> Personnes à ma charge	
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	

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

*Le programme de votre conjoint couvre <input type="checkbox"/> Maladie complémentaire <input type="checkbox"/> Dentaire	No. police	Compagnie d'assurance	Date d'effet de l'assurance (a/m/j)
--	------------	-----------------------	-------------------------------------

*Joindre une copie de la confirmation d'assurance.

Assurance-maladie complémentaire (cocher une seule case)

Soins dentaires (cocher une seule case)

Assurance-vie des personnes à charge

<input type="checkbox"/> Moi-même seulement	<input type="checkbox"/> Moi-même seulement	Nom des personnes à terminer
<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	<input type="checkbox"/> Personnes à ma charge	
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	

SVP remplir 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. (Joindre preuve de scolarité.)

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Note : Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les ayants droits sont 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 (a/m/j)	Pourcentage alloué (%)	Lien avec l'employé

Si vous désignez une personne de moins de 18 ans comme bénéficiaire, les prestations seront versées au tuteur ou gestionnaire légal, le cas échéant.

Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire.

Dans le cas des résidents du Québec seulement. Si le conjoint est bénéficiaire, la désignation est : Révocable Irrévocable

Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable.

AUTORISATION DU PARTICIPANT/SALARIÉ

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	ce	jour de
	(Ville)	(Jour)	(Mois/Année)
Signature de marchand	Signé à	ce	jour de
	(Ville)	(Jour)	(Mois/Année)

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.