

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

Directives :

Si vous présentez une demande pour une augmentation de la couverture de vos Garanties facultatives, vous devez le faire au moyen d'une demande en ligne et utiliser votre code d'accès unique du groupe.

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE POUR QUE LES CHANGEMENTS SOIENT TRAITÉS

Numéro d'ID existant : _____ Numéro de la police et de la section existante : _____

Nom de famille : _____

1. TYPE DE MODIFICATION - COCHER (✓)

- Adresse Décès Cessation d'emploi Personnes à charge
 Bénéficiaire Garanties N° de téléphone Annulation de garanties : Raison _____
 Réduction de garanties : Raison _____
 Autre: _____

2. REMPLIR SEULEMENT LES SECTIONS TOUCHÉES PAR LE CHANGEMENT ET SIGNER LE FORMULAIRE

Adresse (numéro et rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Date de naissance : _____ N° de téléphone : _____

Langue de préférence : Français Anglais

Conjoint (s'il y a lieu) SUPPRESSION

Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Sexe : Homme Femme Date de naissance (JJ/MM/AAAA): _____

Enfants à charge (s'il y a lieu)

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe H/F	Statut de personne à charge	A - Ajout M - Modification S - Suppression
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Handicapé <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> M <input type="radio"/> S
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Handicapé <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> M <input type="radio"/> S
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Handicapé <input type="radio"/> Étudiant - Collège/Université	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> M <input type="radio"/> S

Couverture de l'adhérent/du conjoint - Tranches de 10 000 \$ / Couverture d'un enfant - Tranches de 5 000 \$
 Veuillez noter que vous pouvez uniquement modifier votre couverture facultative si c'est pour réduire le montant de la couverture.

COUVERTURE FACULTATIVE RÉDUCTION SUPPRESSION

Vie facultative : Employé Montant de l'employé _____ \$ Conjoint Montant du conjoint _____ \$

Vie facultative pour enfants à charge : Montant _____ \$

Maladies graves facultative : Employé Montant de l'employé _____ \$ Conjoint Montant du conjoint _____ \$

Enfant Montant de l'enfant _____ \$

Décès et mutilation par accident facultative : Employé seulement Employé et famille Montant _____ \$

3. REMPLIR SEULEMENT LES SECTIONS TOUCHÉES PAR LE CHANGEMENT ET SIGNER LE FORMULAIRE

MODIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Conformément aux modalités et aux conditions du contrat d'assurance vie collective entre l'employeur indiqué ci-dessous et La Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada, je révoque toutes les désignations de bénéficiaires précédentes et, par le présent, nomme les personnes suivantes comme bénéficiaires ayant droit aux prestations à la suite de mon décès. Les bénéficiaires survivants recevront une part égale, sauf indication contraire.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Pourcentage (le total doit correspondre à 100 %)	Lien avec l'employé	Révocable	Irrévocable
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Pourcentage (le total doit correspondre à 100 %)	Lien avec l'employé	N° de téléphone
Bénéficiaire subsidiaire						
Bénéficiaire subsidiaire						

Je nomme _____ à titre de fiduciaire pour administrer tous les montants dus à un **bénéficiaire désigné considéré comme mineur** dans sa province de résidence.

En sélectionnant irrévocable, aucune modification à la désignation de bénéficiaire ne sera possible sans le consentement écrit de ce bénéficiaire, lorsque celui-ci a atteint l'âge de la majorité.

AU QUÉBEC, LA DÉSIGNATION DE VOTRE CONJOINT COMME BÉNÉFICIAIRE EST PRÉSUMÉE IRRÉVOCABLE À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE.

Pour la province du Québec - Lorsque le bénéficiaire de la police d'assurance vie est mineur au moment du décès de l'assuré, Croix Bleue Medavie paiera la somme assurée aux parents (ou à un autre tuteur légal, le cas échéant), et non à une autre personne qui aurait pu être nommée administrateur/fiduciaire. Si vous souhaitez nommer une autre personne pour administrer la prestation versée à l'enfant, assurez-vous de l'avoir indiqué correctement dans votre testament. Vous voudrez peut-être aussi consulter un conseiller juridique afin de déterminer quelles mesures vous pourriez prendre pour que votre planification successorale réponde à vos besoins.

AUTORISATION DU CHANGEMENT

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les retenues salariales, au besoin. J'autorise Croix Bleue à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels.

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans la présente déclaration, ainsi que tous les renseignements personnels détenus ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués pour administrer les modalités de ma police ou de la police collective dont je suis un adhérent admissible, pour me recommander des produits et des services et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de couverture dont je suis titulaire, des renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès d'un tiers ou divulgués à ce dernier. Ces tiers comprennent les autres sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou d'assurance maladie, les autorités gouvernementales et les organismes de réglementation, ainsi que d'autres tiers lorsque nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis un adhérent admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Il est entendu que je peux retirer mon consentement à tout moment. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir la couverture ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à la divulgation de mes renseignements.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels. Pour en savoir plus sur les politiques liées à la vie privée de Croix Bleue Medavie, visitez le cbmedavie.ca ou téléphonez au 1-800-667-4511.

Signature de l'employé : _____ Date: _____

Signature du témoin : _____ Date: _____

Requis uniquement lors d'une demande de changement de bénéficiaire. Le témoin ne peut pas être le bénéficiaire.