

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 existante : _____

Prénom : _____ Nom de famille : _____

1. TYPE DE MODIFICATION - COCHER (✓)

- Adresse
 Garanties
 N° de téléphone
 Réduction de garanties : Raison _____
 Bénéficiaire
 Changement d'employeur
 Personnes à charge
 Annulation 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 Personne intersexuée Je préfère ne pas répondre

Date de Naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

* Sexe : Homme/Femme/Personne intersexuée - Pourquoi posons-nous la question? Certains problèmes de santé sont plus fréquents selon le sexe. Par conséquent, le sexe est utilisé pour évaluer votre couverture. Nous sommes conscients que votre sexe peut différer de votre identité de genre.

Enfants à charge (s'il y a lieu)

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

† Sélectionnez l'option PPR si vous préférez ne pas répondre.

Couverture de l'adhérent/du conjoint - Tranches de 10 000 \$ / Couverture d'un enfant - Tranches de 5 000 \$

Veillez 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 _____ \$

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 comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca ou composer le 1-800-668-4511.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____

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