



Utilisez ce formulaire pour consigner les modifications concernant les membres du régime. Les parties 1, 2 et 6 doivent être remplies par l'administrateur du régime et les parties 3 à 6 par le membre du régime, pour toute modification applicable. L'administrateur du régime doit conserver dans ses dossiers l'original du formulaire dûment rempli et se connecter à [Administration en ligne](#) pour apporter les modifications à la proposition. Pour savoir comment apporter les modifications nécessaires, consultez la rubrique « Comment puis-je » à la page d'accueil d'[Administration en ligne](#).

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX				
<p><b>Cette partie est obligatoire et doit être remplie par un administrateur autorisé du régime.</b></p>	Date d'effet du changement : (aaaa/mm/jj)			
	Nom de l'employeur	N° de police de RBCA	N° de la division de facturation	
	Nom de famille du membre du régime	Prénom	Initiale	N° d'identification du membre du régime
2. PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME <i>veuillez cocher les cases appropriées</i>				
<p>L'administrateur autorisé du régime doit confirmer, avant de remplir cette partie, que vous êtes admissible à la couverture compte tenu du nombre d'heures de travail exigé par le régime d'assurance.</p>	<input type="checkbox"/> Salaire, profession, catégorie ou division de facturation Profession : _____ Catégorie _____ Division de facturation _____			
	Rémunération : \$	<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	Heures par semaine	
	<input type="checkbox"/> Fin de l'assurance Je confirme que ce membre du régime n'est plus admissible à la couverture pour le motif suivant : _____ <i>(Motifs pour mettre fin à l'assurance : cessation d'emploi, décès, départ à la retraite, mise à pied, congé autorisé)</i>			
	3. PARTIE RÉSERVÉE AU MEMBRE DU RÉGIME <i>veuillez cocher les cases appropriées</i>			
<p>Vous devez remplir cette partie si vous changez de nom ou d'adresse postale ou si vous souhaitez apporter une correction à votre date de naissance.</p>	<input type="checkbox"/> Changement de nom, changement d'adresse ou correction de la date de naissance Nouveau nom du membre du régime : (nom de famille, prénom) _____ Date de naissance : (aaaa/mm/jj) _____			
	Adresse postale au domicile			
	Ville	Province	Code postal	
4. PARTIE RÉSERVÉE AUX CHANGEMENTS DE SITUATION DES PERSONNES À CHARGE <i>veuillez cocher les cases appropriées</i>				
<p><b>Vous devez remplir cette partie si vous ajoutez ou supprimez une personne à charge, ou mettez à jour les renseignements le concernant.</b></p> <p>Un conjoint de fait est une personne avec laquelle vous vivez à titre de conjoint ou de partenaire depuis au moins 12 mois sans interruption.</p> <p>Pour ajouter ces garanties à une date ultérieure, vous devez en faire la demande dans les 31 jours suivant la date de fin de la couverture du conjoint.</p> <p>Si vous ne présentez pas votre demande dans les 31 jours, vous et vos personnes à charge pourriez devoir présenter une preuve d'assurabilité et la couverture pourrait être limitée ou refusée.</p>	Changement de ma situation pour : <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Famille monoparentale			
	Raison du changement : <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Relation de conjoint de fait <input type="checkbox"/> Fin de la couverture du conjoint <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Naissance/adoption d'un enfant			
	Date du mariage/du début de la relation de conjoint de fait : (aaaa/mm/jj) _____ En raison de ce changement de situation de personne à charge, j'aimerais : <input type="checkbox"/> Ajouter une personne à charge <input type="checkbox"/> Supprimer une personne à charge			
	<input type="checkbox"/> Renonciation à l'assurance maladie complémentaire ou soins dentaires ou coordination des prestations Si vous ou vos personnes à charge bénéficiez actuellement d'une assurance maladie complémentaire ou soins dentaires au titre du contrat d'assurance collective de votre conjoint, vous pouvez renoncer aux garanties prévues au titre de ce contrat ou coordonner les prestations.			
	Nom de la compagnie d'assurance collective de votre conjoint		Date de début de la couverture (aaaa/mm/jj)	
	<i>Je comprends la combinaison des garanties collectives qui me sont offertes, mais je souhaite :</i>			
Assurance maladie complémentaire :	<input type="checkbox"/> Renoncer à la couverture pour moi-même et mes personnes à charge	<input type="checkbox"/> Renoncer à la couverture pour mes personnes à charge	<input type="checkbox"/> Coordonner les prestations	
Assurance soins dentaires :	<input type="checkbox"/> Renoncer à la couverture pour moi-même et mes personnes à charge	<input type="checkbox"/> Renoncer à la couverture pour mes personnes à charge	<input type="checkbox"/> Coordonner les prestations	

Pour ajouter ces garanties à une date ultérieure, vous devez présenter une demande de couverture dans les 31 jours suivant la date de fin de la couverture du conjoint.

Si vous présentez votre demande après le délai de 31 jours, vous devrez remplir un formulaire de preuve d'assurabilité.

Si vous avez plus de quatre personnes à charge, veuillez joindre une liste séparée.

Ajout des assurances maladie complémentaire et soins dentaires

Vous pouvez demander l'assurance maladie complémentaire ou soins dentaires si la couverture offerte par l'employeur de votre conjoint a pris fin.

Date à laquelle la couverture offerte par l'entremise du contrat collectif de votre conjoint prend fin : (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

*Je ne suis plus couvert par le contrat collectif de mon conjoint et je demande par les présentes d'ajouter :*

Assurance maladie complémentaire :  Couverture pour moi-même et mes personnes à charge  Couverture pour moi-même

Assurance soins dentaires :  Couverture pour moi-même et mes personnes à charge  Couverture pour moi-même

Renseignements sur les personnes à charge

Préciser :  Ajouter  Modifier  Supprimer

Personne à charge	Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe (H/F)	Étudiant à temps plein	Personne à charge invalide ayant dépassé l'âge limite
Conjoint							
1 <sup>er</sup> enfant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>e</sup> enfant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <sup>e</sup> enfant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <sup>e</sup> enfant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. PARTIE SUR L'ASSURANCE VIE FACULTATIVE

**Cette partie ne doit être remplie par l'employé que si l'assurance vie facultative fait partie de votre contrat d'assurance collective.**

Demande de changement de taux fumeur/non-fumeur

Au cours des douze (12) derniers mois, **je n'ai pas** fait usage de produits narcotiques ou du tabac, de marijuana ou de hachisch, de produits de désaccoutumance au tabac, de substitut du tabac tel que des noix ou des feuilles de bétel, du supari, du paan ou du gutka :

Au cours des douze (12) derniers mois, **j'ai commencé** à faire usage de produits narcotiques ou du tabac, de marijuana ou de hachisch, de produits de désaccoutumance au tabac, de substitut du tabac tel que des noix ou des feuilles de bétel, du supari, du paan ou du gutka :

Réduction du montant d'assurance ou interruption de l'assurance vie facultative

Suppression de la couverture pour :  Vous-même  Conjoint  Enfants

Montant ramené à :  Vous-même \_\_\_\_\_  Conjoint \_\_\_\_\_  Enfants \_\_\_\_\_

## 6. DÉCLARATIONS, AUTORISATIONS ET SIGNATURES

**Cette partie doit être signée et datée par le membre du régime et l'administrateur du régime.**

J'autorise la Compagnie d'assurance vie RBC à effectuer les opérations mentionnées ci-dessus conformément aux droits et aux modalités de la police ou du contrat.

**Il est entendu qu'une photocopie ou une version électronique du présent formulaire de modification et de l'autorisation a la même validité que l'original.**

Signature du membre du régime : \_\_\_\_\_ Date : (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Signature de l'administrateur du régime : \_\_\_\_\_ Date : (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Veuillez conserver le formulaire dans vos dossiers

RBC Assurances, C.P. 1600, 8677 Anchor Drive, Windsor (Ontario), N9A 0B3, 1-855.264-2174, [www.rbcassurances.com](http://www.rbcassurances.com)