Formulaires *Demande de participation*, *Demande de modification* et *Avis de mouvement*

Les formulaires clés pour tous vos changements

Les formulaires *Demande de participation* (F54-018), *Demande de modification* (F54-070) et *Avis de mouvement* (F54-020) sont les formulaires clés requis pour présenter tous les changements touchant les participants de votre régime d'assurance collective.

Selon les situations décrites dans les pages qui suivent, il se peut que vous ayez à joindre d'autres formulaires.

Tous les formulaires *Demande de participation* doivent être remplis et signés à l'encre par l'administrateur et le participant.

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Québec
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

DEMANDE DE PARTICIPATION

Veuillez écrire en lettres moulées et à l'encre et signer. ❑ Nouvelle adhésion ❑ Remise en vigueur

À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR

Nom du titulaire (employeur/organisation) _____ N° de police

N° de compte | N° de catégorie | Service _____ N° de certificat

Date d'emploi A M J — Si vous n'appliquez pas la période d'attente, expliquez pourquoi : _____

Date d'admissibilité A M J _____

Fonction _____ Spécifier régime/option/module (si applicable) _____

Salaire _____$ ❑ Hebdomadaire ❑ Annuel ❑ Bimensuel ❑ Mensuel ❑ Horaire – nombre d'heures travaillées par semaine _____

REMPLIR DANS LE CAS D'UNE REMISE EN VIGUEUR : Date de réembauche à temps plein A M J

Signature de l'administrateur _____ Date _____

À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____
Rue Ville Province Code postal

Courriel _____

Protection demandée : ❑ Individuelle ❑ Familiale ❑ Autre (spécifier) : _____

Date de naissance A M J Sexe : ❑ Masculin ❑ Féminin Langue : ❑ Français ❑ Anglais

F54-018

Tous les formulaires *Demande de modification* doivent être remplis et signés à l'encre par l'administrateur et le participant.

www.inalco.com

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Québec
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE DE MODIFICATION

Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.

1. RENSEIGNEMENTS DE BASE

Nom du titulaire (employeur/organisation) _____ N° de police

N° de compte N° de catégorie Service _____ N° de certificat

Nom du participant (tel qu'indiqué dans nos dossiers) _____

Signature de l'administrateur _____ Date _____

2. CHANGEMENT DE NOM OU D'ADRESSE

Nom _____ Prénom _____

Raison : ❑ Correction ❑ Mariage/union civile – date A M J ❑ Déménagement ❑ Divorce/séparation – date A M J

Adresse _____ Code postal
N° Rue Ville Province

Courriel : _____ Date d'effet du changement d'adresse A M J

3. CHANGEMENT DE COUVERTURE *(Fournir les détails dans la partie des personnes à charge.)*

Je veux modifier ma couverture pour : ❑ Individuelle ❑ Familiale ❑ Autre : _____.

Raison :

❑ Mariage/union civile – date A M J
❑ Conjoint de fait – date de début de la cohabitation A M J
❑ Naissance – date A M J
❑ Divorce/séparation – date A M J
❑ Autre _____ – date A M J

F54-070

Tous les formulaires *Avis de mouvement* doivent être remplis et signés à l'encre par l'administrateur. Si vous choisissez de nous télécopier le formulaire, veuillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC. www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

AVIS DE MOUVEMENT

Québec
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Nom du titulaire (Employeur/Organisation)	Numéro de police	Numéro de compte

(1) Numéro de certificat	(2) Nom du participant	(3) Code (Voir ci-dessous.)	(4) Date d'effet du changement (AA-MM-JJ)	(5) Salaire			(6) Renseignements additionnels
				Montant	Périodicité	Nombre d'heures	

Si vous choisissez de faire parvenir ce formulaire par télécopieur, conservez la version originale pour vos dossiers.

Codes explicatifs (Indiquez le code dans la colonne appropriée pour chaque participant.)

5 – Changement de salaire	26 – Changement de fonction	45 – Transfert de compte	40 – Cessation d'emploi
22 – Changement de langue (F/A)	27 – Autre	46 – Transfert de catégorie	43 – Mise à pied temporaire
24 – Changement d'adresse	31 – Remise en vigueur (retour au travail)	75 – Congé de maternité/parental	51 – Retraite
25 – Certificat perdu ou volé			52 – Congé sans solde

Signature de l'administrateur _____ Numéro de téléphone _____ Poste Date _____

Nom (en caractères d'imprimerie) _____

F54-020 (08-06)

F54-020

IMPORTANT
Nous devons recevoir les documents requis à l'un de nos bureaux dans les 31 jours suivant la date de l'événement.