

2.2. Mise à pied temporaire

Inscrire le code « 43 » sur le formulaire *Avis de mouvement* (F54-020).

Note – Référez-vous à la section « Fin de l'assurance » de votre contrat d'assurance collective afin d'en apprendre davantage sur les stipulations spécifiques relatives à cette clause.

(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	
321 789 456		ROBERT CONTENT	43					

F54-020

3 - RETOUR AU TRAVAIL

Référez-vous à la section « Remise en vigueur de l'assurance » de votre contrat d'assurance collective afin de déterminer si la durée de l'absence permet une remise en vigueur de la protection ou si vous devez inscrire l'employé en tant que nouvel employé.

3.1. Retour à la suite d'un départ ou d'une mise à pied temporaire


- › Si la durée de l'absence était plus courte que la durée prévue à votre contrat au cours de laquelle la protection peut être remise en vigueur sans délai d'adhésion : indiquer le code « 31 » sur le formulaire *Avis de mouvement* (F54-020).
- › Si la durée de l'absence était plus longue que la durée prévue à votre contrat : suivre la même démarche spécifiée à la section 1 – « Nouvel employé » du présent guide.

(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	
321 789 456		ROBERT CONTENT	31					

F54-020

3.2. Retour d'une absence causée par une invalidité

Remplir le formulaire *Avis de retour au travail* (F54-268) et indiquer le type de retour (progressif, à temps partiel ou à temps plein) et le nombre d'heures travaillées par semaine.



INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

<p>Québec C. P. 800, succursale Maison de la Poste Montréal (Québec) H3B 3K5</p>	<p>Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest 522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7</p>
---	---

Nom et prénom du participant (en caractères d'imprimerie et à l'encre SVP)

Numéro Rue Appartement

Ville Code postal

Nom du titulaire du contrat (employeur)

Fonction exercée par le participant à son retour

Notes : _____

N° de contrat Div.

N° de certificat

Date de retour au travail

A M J

Travail à temps plein

Travail à temps partiel

Retour progressif

Date : _____

Par : _____

Titre : _____

Tél. : (____) _____

F54-268 (07-11)

F54-268

4 - CHANGEMENT DE SALAIRE

Indiquer le changement de salaire sur le formulaire *Avis de mouvement* (F54-020), préciser le code « 5 » et nous faire parvenir le formulaire dans les 31 jours suivant la date de l'événement. Après ce délai, le changement de salaire sera inscrit à la date de réception de votre demande.



INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

AVIS DE MOUVEMENT

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

<p>Québec C. P. 790, succursale B Montréal (Québec) H3B 3K6</p>	<p>Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest 522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7</p>
--	---

Nom du titulaire (Employeur/Organisation)

LES ENTREPRISES ABC INC.

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	
321 789 456	ROBERT CONTENT	5					

F54-020

Preuves d'assurabilité

Si l'augmentation de salaire dépasse le maximum disponible sans preuves d'assurabilité prévu à votre contrat, joindre au formulaire *Avis de mouvement* (F54-020) le formulaire *Preuves d'assurabilité* (F54-002) dûment rempli et signé.


 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	PREUVES D'ASSURABILITÉ															
I- Déclaration du titulaire du contrat																			
Nom du titulaire du contrat (employeur ou organisation)		N° de police	N° de compte	N° de catégorie															
Nom et prénom du participant		N° du certificat																	
1. Quel est l'objet de cette déclaration?																			
<input type="checkbox"/> Augmentation du montant d'assurance en excédent du maximum sans preuves d'assurabilité : <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Maladie grave																			
<input type="checkbox"/> Demande d'assurance vie facultative																			
<table border="1"> <tr><th colspan="3">Montant</th></tr> <tr><th>Actuel</th><th>+ Demandé</th><th>= Total</th></tr> <tr><td>Participant</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Conjoint</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enfants</td><td></td><td></td></tr> </table>		Montant			Actuel	+ Demandé	= Total	Participant			Conjoint			Enfants			<input type="checkbox"/> Demande de participation de l'employé soumise en retard Précisez la raison : _____		
Montant																			
Actuel	+ Demandé	= Total																	
Participant																			
Conjoint																			
Enfants																			
<input type="checkbox"/> Demande de protection des personnes à charge soumise en retard. Le conjoint (y compris les enfants, le cas échéant) était-il couvert par une assurance collective auprès d'un autre employeur? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser : _____																			
<input type="checkbox"/> Demande d'assurance maladie grave facultative																			
<table border="1"> <tr><th colspan="3">Montant</th></tr> <tr><th>Actuel</th><th>+ Demandé</th><th>= Total</th></tr> <tr><td>Participant</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Conjoint</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enfants</td><td></td><td></td></tr> </table>		Montant			Actuel	+ Demandé	= Total	Participant			Conjoint			Enfants			Nom de l'employeur _____ Nom de l'assureur _____ Date de cessation de l'assurance _____ N° de police _____ N° de certificat _____		
Montant																			
Actuel	+ Demandé	= Total																	
Participant																			
Conjoint																			
Enfants																			
2. Le participant est-il effectivement au travail et physiquement capable d'effectuer toutes et chacune des tâches de son travail régulier?																			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, veuillez préciser : _____																			
Date _____ Signature du titulaire autorisé _____																			
II- Déclaration du participant (en caractères d'imprimerie et à l'encre)																			
Veuillez inscrire les renseignements demandés seulement à propos des personnes à assurer.																			
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais																			
<input type="checkbox"/> Participant Taille _____ Poids _____ lb _____ kg _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance _____ A _____ M _____ J _____ Lieu de naissance _____ Profession _____ Adresse du domicile _____ Ville/Prov. _____ Code postal _____ Téléphone _____		<input type="checkbox"/> Enfants Date de naissance _____ A _____ M _____ J _____ Nom et prénom _____ Taille _____ Poids _____ lb _____ kg _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																	

F54-002

5 - CHANGEMENT DE CATÉGORIE D'EMPLOYÉ

La protection de l'employé dépend de la catégorie à laquelle il appartient. Dans l'éventualité où votre contrat prévoit plusieurs catégories, veuillez nous aviser de tout changement de catégorie dans les 31 jours.

Remplir le formulaire *Avis de mouvement* (F54-020), en précisant le code « 46 » et la nouvelle catégorie.

 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		
LES ENTREPRISES ABC INC.					
(1) Numéro de certificat	(2) Nom du participant	(3) Code (Voir ci-dessous.)	(4) Date d'effet du changement (A-A-MM-JJ)	(5) Salaire Montant Périodicité Nombre d'heures	(6) Renseignements additionnels
321 789 456	ROBERT CONTENT	46			De la catégorie 100 à la catégorie 110

F54-020

8 - CHANGEMENT D'ADRESSES EN LOT

Sur le formulaire *Avis de mouvement* (F54-020), indiquer les nouvelles adresses des employés sous « Renseignements additionnels » et inscrire le code « 24 ». Toujours écrire le code postal.

(1) Numéro de certificat		(2) Nom du participant	(3) Code (Voir ci-dessous.)	(4) Date d'effet du changement (AA-MM-JJ)	(5) Salaires			(6) Renseignements additionnels
					Montant	Périodicité	Nombre d'heures	
321 789 456		ROBERT CONTENT	24					5555, chemin de la Route, VilleCity
123 456 789		JULIE HEUREUX	24					123, rue de la Route, Shawinigan
123 789 456		MARIE SANSCHAGRIN	24					456, rue de l'aqueduc, Montréal
789 123 456		JOSÉE SANSCHAGRIN	24					789, boulevard Malboeuf, Asbestos

F54-020

9 - CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Pour modifier le nom du bénéficiaire d'un participant, le révoquer ou en changer le statut (révocable/irrévocable), faire remplir et signer à l'encre par le participant la partie « Changement de bénéficiaire » du formulaire *Demande de modification* (F54-070) en tenant compte des particularités légales précisées au verso et faire signer l'ancien bénéficiaire, le cas échéant.

INDUSTRIELLE ALLIANCE		ASSURANCE COLLECTIVE	
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.		DEMANDE DE MODIFICATION	
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	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

10. CHANGEMENT DE LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée aux héritiers légaux.)						
Nom	Prénom	Lien avec le participant	%	Date de naissance		*
				A	M	J

Révocable
 Irrévocable
 Révocable
 Irrévocable

Au Québec, en l'absence de tout choix, la désignation du conjoint légal est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable. La désignation de bénéficiaire ci-dessus est destinée à l'assurance du participant. Les prestations pour les personnes à charge sont versées au participant. Si un des bénéficiaires désignés décède avant le participant, sa part sera répartie au prorata entre les autres bénéficiaires. Pour modifier ou remplacer un bénéficiaire irrévocable désigné antérieurement, veuillez obtenir sa signature.

Signature du bénéficiaire irrévocable _____ Date _____

F54-070

Révocation du bénéficiaire

- › Une personne mineure, si elle a été désignée à titre de bénéficiaire irrévocable, ne peut renoncer à ses droits de bénéficiaire.
- › Si la désignation remplace un bénéficiaire irrévocable décédé, fournir une preuve du décès.
- › Si la désignation remplace un bénéficiaire irrévocable à la suite d'un divorce, fournir une preuve du divorce.
- › Dans les autres cas, la signature du bénéficiaire irrévocable doit être obtenue.

Désignation du bénéficiaire

La désignation de bénéficiaire indiquée au recto ne peut être valide, selon les dispositions de la loi, que s'il ne subsiste aucune désignation antérieure de bénéficiaire irrévocable.

La législation du Québec prévoit que la désignation du conjoint légal est irrévocable, sauf stipulation contraire, et que celle de toute autre personne est révocable, sauf stipulation contraire. En l'absence de stipulation claire sur la révocabilité ou l'irrévocabilité de la désignation au moyen d'un crochet dans la case appropriée du formulaire, les dispositions légales décrites ci-dessus s'appliquent.

11 - TRANSFERT DE DIVISION

Remplir le formulaire *Avis de mouvement* (F54-020), en indiquant le code « 45 » et le nom des employés qui changent de division. Veuillez préciser la catégorie, s'il y a lieu.

(1) Numéro de certificat		(2) Nom du participant		(3) Code (Voir ci-dessous.)	(4) Date d'effet du changement (AA-MM-JJ)	(5) Salaires			(6) Renseignements additionnels
						Montant	Périodicité	Nombre d'heures	
321 789 456		ROBERT CONTENT		45					DE CATÉGORIE 100 À CATÉGORIE 110

F54-020

12 - CONGÉ DE MATERNITÉ, CONGÉ PARENTAL

Avant la date de départ, remplir le formulaire *Avis de mouvement* (54-020) en précisant :

- › code « 75 »;
- › la date de départ en congé;
- › la date prévue d'accouchement, le cas échéant;
- › la date prévue de retour au travail.

Note – Tout ajustement de la prime découlant du congé de maternité ou du congé parental sera indiqué par le code « 40 » sur votre facture.

(1) Numéro de certificat		(2) Nom du participant		(3) Code (Voir ci-dessous.)	(4) Date d'effet du changement (AA-MM-JJ)	(5) Salaires			(6) Renseignements additionnels
						Montant	Périodicité	Nombre d'heures	
123 456 789		JULIE HEUREUX		75					CONGÉ DE MATERNITÉ DATE DE DÉPART
123 456 789		JULIE HEUREUX		75					DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT
123 456 789		JULIE HEUREUX		75					DATE PRÉVUE DE RETOUR

F54-020

13 - AUTRES CONGÉS, SAUF MISE À PIED (VOIR SECTION 2.2. RELATIVE À LA CESSATION D'EMPLOI)

Avant la date de départ, remplir le formulaire *Avis de mouvement* (F54-020) en précisant :

- › le code, selon le type d'absence;
- › la date de départ en congé;
- › la date prévue de retour au travail;
- › les garanties qui doivent être résiliées en respectant les dispositions prévues à votre contrat.

(1) Numéro de certificat		(2) Nom du participant		(3) Code (Voir ci-dessous.)	(4) Date d'effet du changement (AA-MM-JJ)	(5) Salaires			(6) Renseignements additionnels
						Montant	Périodicité	Nombre d'heures	
123 789 456		MARIE SANSCHAGRIN		X					CONGÉ SANS SOLDE DATE DE DÉPART
123 789 456		MARIE SANSCHAGRIN		X					CONGÉ SANS SOLDE DATE DE RETOUR

F54-020

Note – Tout ajustement de la prime découlant d'autres congés sera indiqué par le code « 40 » sur votre facture.