

**RECTIFICATION D'ASSURANCE
COLLECTIVE - SÉLECTPAC**

DESTINATAIRE : LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE
CP 6000
WINNIPEG MB R3C 3A5
TÉLÉCOPIEUR : 204 946-8972

NOM DU GROUPE		
POLICE N°	DIV. N°	DATE
(En caractères d'imprimerie) REPLI PAR : _____		
CODE RÉG. ET N° DE TÉL. : _____		

NOM DU SALARIÉ	NUMÉRO D'IDENTIFICATION (si connu)	MOTIF (voir ci-dessous)	DATE D'EFFET DES RECTIFICATION(S)	VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS

REmplir en double exemplaire
- ENVOYER L'ORIGINAL À LA CANADA VIE
- CONSERVER LE DOUBLE

- MOTIFS (Inscrire le motif du rajustement applicable à chaque salarié dans la colonne ci-dessus).**
- | | | | |
|--|---|--|--|
| 1 – CHANGEMENT DE RÉMUNÉRATION
2 – PERSONNE À CHARGE - Ajoutez la protection (Indiquer la date du mariage/de la cohabitation).
3 – PERSONNE À CHARGE - Annulez la protection
4 – CHANGEMENT DE CLASSE
5 – RENONCIATION À DES GARANTIES (Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif M6109(f)) | 6 – RÉSILIATION – Mise à pied ou congé autorisé
7 – RÉSILIATION – Cessation d'emploi
8 – RÉSILIATION – Demandée par le participant
9 – TRANSFERT DE DIVISION
10 – NOUVEAU SALARIÉ (Joindre la Demande d'adhésion au régime collectif M6108(f))
11 – REMISE EN VIGUEUR (Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif M6109(f)) | 12 – CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE / NOM
(Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif M6109(f))
13 – CHANGEMENT DE PROFESSION
14 – CHANGEMENT DE PROVINCE DE RÉSIDENCE
15 – CHANGEMENT DE PROVINCE DE TRAVAIL | 16 – PERTE OU REMPLACEMENT D'UNE CARTE MÉDICAMENTS
17 – DATE DE DÉPART À LA RETRAITE
18 – AUTRE |
|--|---|--|--|