

RAJUSTEMENTS VISANT L'ASSURANCE COLLECTIVE

DESTINATAIRE : ADMINISTRATION DES CONTRATS COLLECTIFS DE MONTRÉAL
LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE
M400
1350 RENÉ-LÉVESQUE OUEST
MONTRÉAL QC H3G 1T4
TÉLÉCOPIEUR : 514 874-9918

RÉPONDANT DE RÉGIME		
RÉGIME N°	DIV. N°	DATE
(En caractères d'imprimerie) REPLI PAR : _____		
IND. RÉG. ET N° DE TÉLÉPHONE : _____		

NOM DU PARTICIPANT DE RÉGIME	N° D'IDENT. (si connu)	INDIC. MOTIF (voir plus bas)	DATE D'EFFET DU/DÉS CHANGEMENTS	VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS

REMPLIR EN DOUBLE EXEMPLAIRE 1 EXEMPLAIRE POUR LA G.-W. 1 EXEMPLAIRE POUR VOS DOSSIERS	INDICATIFS DE MOTIF (Veillez inscrire l'indicatif de motif applicable pour chaque participant de régime dans la colonne ci-dessus.)			
	1 - CHANGEMENT DE RÉMUNÉRATION* 2 - PERSONNE À CHARGE - Ajout de protection [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]	3 - PERSONNE À CHARGE - Annulation de protection 4 - CHANGEMENT DE CLASSE 5 - RENONCIATION À DES GARANTIES [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]	6 - RÉSILIATION - Mise à pied ou congé autorisé 7 - RÉSILIATION - Cessation d'emploi 8 - RÉSILIATION - Demandée par le participant [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]	9 - TRANSFERT DE DIVISION 10 - NOUVEAU PARTICIPANT DE RÉGIME [Joindre le formulaire Demande d'adhésion au régime collectif, M6191(f) ou M6191]
* LES INDICATIFS DE MOTIF 1, 12 ET 16 NE SONT PAS REQUIS À L'ÉGARD DES DIVISIONS MAINTENUES POUR FINS DE DEMANDES DE RÉGLEMENT SEULEMENT.				
14 - CHANGEMENT DE PROFESSION 15 - CHANGEMENT DE PROVINCE DE RÉSIDENCE 16 - CHANGEMENT DE PROVINCE DE TRAVAIL* 17 - PERTE OU VOL DE CARTE MÉDICAMENTS 18 - REMPLACEMENT OU AJOUT D'UNE CARTE MÉDICAMENTS 19 - DATE DE DÉPART À LA RETRAITE 20 - AUTRE (Décrire brièvement)				