



## RAJUSTEMENTS VISANT L'ASSURANCE COLLECTIVE

DESTINATAIRE : ADMINISTRATION DES DOSSIERS DES PARTICIPANTS  
 LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE  
 C P 6000  
 WINNIPEG MB R3C 3A5  
 N° DE TÉLÉCOPIEUR : 204 946-4101

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

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

REEMPLIR EN DOUBLE EXEMPLAIRE  
 1 EXEMPLAIRE POUR LA G.-W.  
 1 EXEMPLAIRE POUR VOS DOSSIERS

**\* 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.**

- INDICATIFS DE MOTIF (Veuillez inscrire l'indicatif de motif applicable pour chaque participant de régime dans la colonne ci-dessus.)**
- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p><b>1 – CHANGEMENT DE RÉMUNÉRATION*</b></p> <p><b>2 – PERSONNE À CHARGE – Ajout de protection</b><br/>                 [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]</p> <p><b>3 – PERSONNE À CHARGE – Annulation de protection</b></p> <p><b>4 – CHANGEMENT DE CLASSE</b></p> <p><b>5 – RENONCIATION À DES GARANTIES</b><br/>                 [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]</p> | <p><b>6 – RÉSILIATION – Mise à pied ou congé autorisé</b></p> <p><b>7 – RÉSILIATION – Cessation d'emploi</b></p> <p><b>8 – RÉSILIATION – Demandée par le participant</b><br/>                 [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]</p> <p><b>9 – TRANSFERT DE DIVISION</b></p> <p><b>10 – NOUVEAU PARTICIPANT DE RÉGIME</b><br/>                 [Joindre le Demande d'adhésion au régime collectif, M6191(f) ou M6191]</p> | <p><b>11 – REMISE EN VIGUEUR</b><br/>                 [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]</p> <p><b>12 – CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE</b><br/>                 [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]*</p> <p><b>13 – CHANGEMENT DE NOM</b><br/>                 [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]</p> | <p><b>14 – CHANGEMENT DE PROFESSION</b></p> <p><b>15 – CHANGEMENT DE PROVINCE DE RÉSIDENCE</b></p> <p><b>16 – CHANGEMENT DE PROVINCE DE TRAVAIL*</b></p> <p><b>17 – PERTE OU VOL DE CARTE MÉDICAMENTS</b></p> <p><b>18 – REMPLACEMENT OU AJOUT D'UNE CARTE MÉDICAMENTS</b></p> <p><b>19 – DATE DE DÉPART À LA RETRAITE</b></p> <p><b>20 – AUTRE (Décrire brièvement)</b></p> |
|--|---|--|--|