

**LA CARTE DE MODIFICATION  
DE L'ASSURANCE COLLECTIVE**

L'avantage planifié administré par

**D.A. TOWNLEY**  
& ASSOCIATES LTD.

www.datownley.com



**LE NOM D'EMPLOYEUR**

NUMÉRO DE LA POLICE

NOM	PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	EST-CECI UN CHANGEMENT DE NOM <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
-----	--------	---------------	----------------------------	--

**L'ADDITION/LA SUPPRESSION DES PERSONNES À CHARGE CHANGEMENT DE NOM**

INDIQUER: A (AJOUTER PERSONNES À CHARGE) E (ENLEVER PERSONNES À CHARGE) N (NOMMER LE CHANGEMENT)	PRÉNOM DE PERSONNES À CHARGE LE NOM DE FAMILLE (SI DIFFÉRENT DE L'EMPLOYÉ)	LA RELATION À CHARGE L'EMPLOYÉ	DATE DE NAISSANCE À CHARGE			LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR (LE CAS ÉCHÉANT)			LA DATE DE CONCLUSION (LE CAS ÉCHÉANT)		
			Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N											
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N											
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N											
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N											

**LA COORDINATION D'AVANTAGES :**

Bénéficiez-vous de la protection d'un autre régime (par exemple, le régime de votre conjoint)  NON  OUI

Si oui, énumérez la protection \_\_\_\_\_, Numéro d'assurance sociale de votre conjoint \_\_\_\_\_

No de la police \_\_\_\_\_ Compagnie d'assurances \_\_\_\_\_

**Si vous ou vos personnes à charge n'exigez pas tous les avantages, vous devez compléter la renonciation qui apparaît au verso de cette carte.**

*Si vous ajoutez un conjoint, date de mariage : \_\_\_\_\_*

*Si vous ajoutez un conjoint de fait, la date à laquelle vous avez commencé à vivre ensemble : \_\_\_\_\_*

*Si vous ajoutez des personnes à charge qui ont plus de 19 ans, indiquez le nom de l'école qu'elles fréquentent à plein temps : \_\_\_\_\_*

**LA DÉSIGNATION RÉVISÉE BÉNÉFICIAIRE :**

Je désigne par la présente \_\_\_\_\_ (si vivant, le cas échéant ma succession) à titre de bénéficiaire révocable de toute indemnité versée en vertu du présent contrat advenant mon décès. Lien avec l'employé : \_\_\_\_\_

Je permets l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour des fins d'identification. Je comprends que D.A. Townley & Associates Ltd. recueille les renseignements personnels pour déterminer l'admissibilité aux prestations; pour établir et verser le montant de la prestation, pour déterminer le coût et faire la gestion des prestations, ainsi que pour répondre aux exigences contractuelles et réglementaires se rapportant auxdites prestations ainsi qu'aux services connexes. Je permets la divulgation des renseignements fournis au présent formulaire ou à tout document qui y est joint afin de déterminer mon admissibilité à une prestation.

**SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

D'ASSURANCE COLLECTIVE  
MODIFICATION DE LA  
COUVERTURE

LE NOM D'EMPLOYEUR

NUMÉRO DU CONTRAT

LE NOM D'EMPLOYÉ

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

- La demande de :  Soins dentaires Pour :  Moi-même et/ou  
 La suppression de :  Assurance maladie (peut inclure les soins de la vue en vertu de certains régimes)  Mes personnes à charge  
 Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

Raisons pour l'ajout d'avantages :

Raisons pour la suppression d'avantages :

- Une protection comparable a été fournie par le régime de mon conjoint. La date alterne la couverture cessée.  
\_\_\_\_\_
- J'ai précédemment renoncé à la protection étant donné qu'elle était facultative. Je demande maintenant cette protection. J'ai inclus la preuve exigée dans les formulaires d'assurabilité. Je comprends que la compagnie d'assurances doit approuver ma demande et m'aviser de la date de prise d'effet. Je comprends aussi que certaines restrictions peuvent s'appliquer à la protection.

- Une protection comparable est fournie par le régime de mon conjoint. Cette protection alternative est en vigueur :  
\_\_\_\_\_

- Si la protection est facultative, je ne souhaite pas participer.

Je reconnais que si à une date ultérieure, je souhaite bénéficier de la protection à laquelle je renonce aux présentes, je devrai soumettre, à mes frais, une preuve d'assurabilité pour moi et mes personnes à charge pour lesquelles une demande de protection est effectuée. Cependant, si j'ai refusé la protection Santé/Dentaire en raison de l'assurance collective, une telle preuve d'assurabilité ne sera pas exigée, pourvu que l'autre régime de protection ait pris fin et pourvu que je fasse la demande d'assurance santé dans les 31 jours suivant la fin de l'autre régime de protection.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_