

ÉTABLISSEMENT :	# CERTIFICAT :
NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
VILLE :	CODE POSTAL :

**FORMULAIRE POUR SIGNALER UN CHANGEMENT
CONCERNANT LES PERSONNES À CHARGE**

Ce formulaire est requis lorsque vous désirez signaler des changements touchant les personnes à charge protégées ou à protéger en vertu des régimes détenus. **Toute demande doit être reliée à un événement qui permet la révision de votre protection.**

L'ajout d'une première personne à charge (mariage, conjoint de fait - nécessite un an de cohabitation déclarée - naissance ou adoption légale d'un premier enfant) constitue un événement permettant, si vous le désirez, une bonification de votre protection personnelle (sans preuve d'assurabilité en vie, sous réserve des limites applicables selon le module de base) en plus de l'adhésion de cette première personne à charge. Vous ne pouvez pas réduire vos protections et régimes.

Une modification dans la composition de votre famille, autre qu'une première personne à charge, représente un événement (mariage, conjoint de fait - nécessite un an de cohabitation déclarée - naissance / adoption d'un enfant, séparation / divorce, fin de cohabitation, décès) permettant une révision de vos régimes en regard de l'ajout ou du retrait de la personne. Toutefois, vous ne pouvez pas bonifier ou réduire votre protection personnelle.

L'accès au marché du travail ou la cessation d'emploi de votre conjoint, constitue une raison autorisant un révision ; il est nécessaire que vous présentiez les pièces justificatives. Si vous désirez être exempté pour les soins médicaux et/ou dentaires, en vertu des régimes maintenant détenus par votre conjoint, veuillez compléter le formulaire approprié, compris dans cette section.

Vous devez soumettre votre demande avant ou dans les 31 jours suivant l'événement sinon vous devrez attendre au prochain renouvellement annuel. Toutefois, pour les soins médicaux, la demande sera considérée à la date de réception au CADRE.

Veuillez cocher et remplir selon la situation

Ajout d'une première personne à charge; je dois compléter une nouvelle fiche d'adhésion.

Modification dans la composition de ma famille; je ne peux modifier mes protections personnelles mais je demande que l'on procède selon les renseignements ci-dessous.

L'ÉVÉNEMENT	Date (a/ m/ j/)		Date (a/ m/ j/)
mariage	___ A ___ M ___ J	séparation / divorce *	___ A ___ M ___ J
naissance / adoption	___ A ___ M ___ J	décès *	___ A ___ M ___ J
conjoint de fait (début de cohabitation)	___ A ___ M ___ J		
conjoint de fait (fin de cohabitation)	___ A ___ M ___ J	* attestation requise	
Nom de l'employé :		n.a.s. :	
Conjoint :		naiss. : ___ A ___ M ___ J	n.a.s. :
Enfant :		naiss. : ___ A ___ M ___ J	
Signature de l'employé :		date : ___ A ___ M ___ J	
Signature de votre employeur:		date : ___ A ___ M ___ J	