

Formulaire de modification

Directives et aide-mémoire pour révision du formulaire

Veuillez remplir toutes les sections.

Dans le cas où il n’y a pas de changement à apporter, cochez « **Aucun changement** » à chacune des sections. S’il y a une ou des sections incomplètes, nous allons les considérer « **Aucun changement** ».

Signez et apposez la date sur votre formulaire.

Seule la signature manuscrite ou électronique (image numérisée de votre signature manuscrite) est acceptée.

AUCUNE SIGNATURE NUMÉRIQUE (générée et certifiée par un outil spécialisé) n’est acceptée. Dans le cas échéant, votre formulaire sera considéré comme nul et non avenu.

Identification de la personne employée

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule employé : _____
(Composé de six (6) chiffres)

Section 1 Assurance soins de santé

Si le changement est concerné par cette section, veuillez :

- inscrire la date correspondant à l'événement ;
- cocher l'événement qui s'applique à votre situation ;
- cocher le statut de protection désiré ;
- cocher l'option de protection désirée ;
- indiquer le pourcentage désiré pour vos crédits flexibles;
- inscrire vos personnes à charge (pour tous les choix de statut de protection sauf « individuelle »)

Un changement peut être apporté seulement s’il y a eu un événement familial.

Veuillez **cocher** la case correspondant à votre situation :

- Début d’admissibilité d’une première personne à charge
- Séparation de corps ou divorce
- Naissance ou décès d’une personne à charge
- Perte ou acquisition d’un régime d’assurance
- Fin de l’admissibilité d’une personne à charge

Aucun changement

Inscrire la date correspondant à l'événement mentionné ci-haut : _____

Statut de protection

Option de protection

Pourcentage de vos crédits flexibles (applicable seulement si vous changez de l'option "C" ou "Exemption" vers l'option "A" ou "B")

Individuelle	Option A	Compte de dépenses de frais de santé
Couple	Option B	Compte mieux-être
Monoparentale	Option C	
Familiale	Aucun changement	

Exemption – **Inscrire le nom de la compagnie avec laquelle vous serez assuré(e) :** _____ **No. de contrat :** _____

Si vous choisissez « Exemption » à l’assurance maladie offerte par le régime d’assurance collective de l’Université de Sherbrooke, vous pourrez y **réadhérer seulement s’il y a perte de l’assurance maladie pour laquelle vous avez demandé une exemption à l’Université.**

Aucun changement

Veuillez inscrire les informations de chaque personne à charge

Nom	Prénom	Lien avec vous	Date de naissance	Étudiant (requis seulement si l'enfant a +21 ans et moins de 26 ans et qui est aux études à temps complet)

- Oui
- Non
- Oui
- Non
- Oui
- Non

Section 2 Assurance vie de base de 100 000 \$

Modification de bénéficiaire(s)*

Aucun changement

Veillez inscrire les informations de chaque bénéficiaire*

Nom	Prénom	Lien avec vous	Pourcentage	Révocable/Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable

* Lors de toute modification de bénéficiaire(s) pour l'assurance vie de base, vous devez inscrire tous les noms des bénéficiaires avec le pourcentage de partage désiré. Un changement de bénéficiaire(s) signifie que toute désignation de bénéficiaire(s) antérieure est révoquée.

Une désignation révocable signifie que vous pouvez la changer en tout temps sans le consentement du ou des bénéficiaires.

Une désignation irrévocable signifie que vous devez obtenir le consentement par écrit du ou des bénéficiaires pour modifier votre désignation. Veuillez noter qu'au Québec, si vous désignez votre conjointe ou conjoint légitime comme bénéficiaire, cette décision est irrévocable, à moins que vous n'ayez coché la case « Révocable ».

Section 3 Assurance vie de base complémentaire

Mettre fin à ma protection d'assurance vie complémentaire

Modification de bénéficiaire(s)*

Aucun changement

Veillez inscrire les informations de chaque bénéficiaire*

Nom	Prénom	Lien avec vous	Pourcentage	Révocable/Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable

* Lors de toute modification de bénéficiaire(s) pour l'assurance vie de base complémentaire, vous devez inscrire tous les noms des bénéficiaires avec le pourcentage de partage désiré. Un changement de bénéficiaire(s) signifie que toute désignation de bénéficiaire(s) antérieure est révoquée.

Une désignation révocable signifie que vous pouvez la changer en tout temps sans le consentement du ou des bénéficiaires.

Une désignation irrévocable signifie que vous devez obtenir le consentement par écrit du ou des bénéficiaires pour modifier votre désignation. Veuillez noter qu'au Québec, si vous désignez votre conjointe ou conjoint légitime comme bénéficiaire, cette décision est irrévocable, à moins que vous n'ayez coché la case « Révocable ».

Section 4 Assurance vie supplémentaire de la personne employée (garantie facultative)
(Rapport d'assurabilité obligatoire. Veuillez écrire à info.assurances.socials@usherbrooke.ca pour l'obtenir)

Mettre fin à ma protection d'assurance vie supplémentaire

Demande initiale, augmentation ou diminution de l'assurance vie supplémentaire

tranche(s) de 25 000\$ (maximum de 2 000 000\$)

Fumeuse ou fumeur

1 à 80

Non-fumeuse ou non-fumeur

Aucun changement

Déclaration de non-fumeuse ou non-fumeur : « Je n'ai pas fait usage de la cigarette, de cigare, de cigarillo ou de pipe au cours des 12 derniers mois. »

Signature de la personne employée

Seule la signature manuscrite ou électronique (image numérisée de votre signature manuscrite) est acceptée.

AUCUNE SIGNATURE NUMÉRIQUE (générée et certifiée par un outil spécialisé) n'est acceptée. Dans le cas échéant, votre formulaire sera considéré comme nul et non avenu.

Veillez inscrire les informations de chaque bénéficiaire*

Nom	Prénom	Lien avec vous	Pourcentage	Révocable/Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable
				Révocable
				Irrévocable

* Lors de toute modification de bénéficiaire(s) pour l'assurance vie de base supplémentaire, vous devez inscrire tous les noms des bénéficiaires avec le pourcentage de partage désiré. Un changement de bénéficiaire(s) signifie que toute désignation de bénéficiaire(s) antérieure est révoquée.

Une désignation révocable signifie que vous pouvez la changer en tout temps sans le consentement du ou des bénéficiaires.

Une désignation irrévocable signifie que vous devez obtenir le consentement par écrit du ou des bénéficiaires pour modifier votre désignation. Veuillez noter qu'au Québec, si vous désignez votre conjointe ou conjoint légitime comme bénéficiaire, cette décision est irrévocable, à moins que vous n'ayez coché la case « Révocable ».

Section 5 Assurance vie supplémentaire de la personne conjointe (garantie facultative)
(Rapport d'assurabilité obligatoire. Veuillez écrire à info.assurances.socials@usherbrooke.ca pour l'obtenir)

Mettre fin à ma protection d'assurance vie supplémentaire de ma personne conjointe

Demande initiale, augmentation ou diminution de l'assurance vie supplémentaire

tranche(s) de 25 000\$ (maximum de 1 000 000\$)

Fumeuse ou fumeur

1 à 40

Non-fumeuse ou non-fumeur

Aucun changement

Déclaration de non-fumeuse ou non-fumeur : « Je n'ai pas fait usage de la cigarette, de cigare, de cigarillo ou de pipe au cours des 12 derniers mois. »

Nom de la personne conjointe (lettres moulées)

Signature de la personne conjointe

Date

Seule la signature manuscrite ou électronique (image numérisée de votre signature manuscrite) est acceptée.

AUCUNE SIGNATURE NUMÉRIQUE (générée et certifiée par un outil spécialisé) n'est acceptée. Dans le cas échéant, votre formulaire sera considéré comme nul et non avenu.

Section 6 Assurance salaire longue durée

Un changement peut être apporté seulement s'il y a eu un événement familial.

Veillez cocher la case correspondant à votre situation :

Début d'admissibilité d'une première personne à charge

Séparation de corps ou divorce

Naissance ou décès d'une personne à charge

Perte ou acquisition d'un régime d'assurance

Fin de l'admissibilité d'une personne à charge

Aucun changement

Inscrire la date correspondant à l'événement indiqué ci-haut : _____

Veillez cocher votre choix de protection :

80 %

90 %

Aucun changement

Section 7 Déclaration et autorisation (OBLIGATOIRE : signature électronique ou manuscrite requise)

Par la présente, je déclare que les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont complets et véridiques. *

J'autorise l'Université de Sherbrooke à effectuer, sur mon salaire, les retenues nécessaires pour payer le coût des protections. J'autorise également l'Université, l'administrateur du programme, l'assureur et leurs représentants à donner, à recevoir ou à échanger les renseignements personnels indiqués sur le présent formulaire aux seules fins de l'administration du programme.

Signature

Date

Seule la signature manuscrite ou électronique (image numérisée de votre signature manuscrite) est acceptée.

AUCUNE SIGNATURE NUMÉRIQUE (générée et certifiée par un outil spécialisé) n'est acceptée. Dans le cas échéant, votre formulaire sera considéré comme nul et non avenu.

* Toute déclaration fautive ou incomplète peut entraîner la nullité des protections.

RÉSERVÉ À L'USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

SOFE

Veillez remplir le formulaire et le retourner par courriel à l'adresse : info-avantages-sociaux@USherbrooke.ca.