Université de Sherbrooke

STANDARD

Formulaire de modification

Assurance collective

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 maladie

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;
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 (jj-mm-aaaa) : _____

Statut de protection

- ○ Individuelle
- ○ Couple
- ○ Monoparentale
- ○ Familiale
- ○ 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

Option de protection

- ○ Option 1
- ○ Option 2
- ○ Option 3
- ◉ 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)
		N/A		○ Oui ◉ Non
		N/A		○ Oui ◉ Non
		N/A		○ Oui ◉ Non

Section 2 Assurance vie de base

○ Modification de bénéficiaire(s)* ○ Diminution de l'assurance vie de base ○ Augmentation de l'assurance vie de base

N/A X salaire annuel (maximum de 200 000$)

(N.B. Si vous augmentez une de vos protections, vous devez communiquer avec le Service des ressources humaines pour obtenir un rapport d'assurabilité, le remplir et nous le retourner avec ce formulaire)

◉ Aucun changement

Veuillez inscrire les informations de chaque bénéficiaire*

Nom	Prénom	Lien avec vous	Pourcentage	Révocable/Irrévocable
		N/A	N/A	◉ Révocable ○ Irrévocable
		N/A	N/A	◉ Révocable ○ Irrévocable
		N/A	N/A	◉ 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 supplémentaire de la personne employée (garantie facultative)

(Rapport d'assurabilité obligatoire. Veuillez écrire à info-avantages-sociaux@usherbrooke.ca pour l'obtenir).

○ Mettre fin à ma protection d'assurance vie supplémentaire

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

N/A tranche(s) de 25 000$ (maximum de 2 000 000$)

1 à 80

○ Fumeuse ou fumeur

○ 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.

Veuillez inscrire les informations de chaque bénéficiaire*

Nom	Prénom	Lien avec vous	Pourcentage	Révocable/Irrévocable
		N/A	N/A	◉ Révocable ○ Irrévocable
		N/A	N/A	◉ Révocable ○ Irrévocable
		N/A	N/A	◉ 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 4 Assurance vie supplémentaire de la personne conjointe (garantie facultative)

(Rapport d'assurabilité obligatoire. Veuillez écrire à info-avantages-sociaux@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

N/A tranche(s) de 25 000$ (maximum de 1 000 000$)

1 à 40

○ Fumeuse ou fumeur

◉ 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 (jj-mm-aaaa)

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 5 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 (jj-mm-aaaa)

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 fausse ou incomplète peut entraîner la nullité des protections.

RÉSERVÉ À L USAGE DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

☐ SOFE

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