

**IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉE OU EMPLOYÉ (svp remplir seulement les sections où il y a des changements)**

Nom \_\_\_\_\_ N° matricule \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale \_\_\_\_\_

**ASSURANCE COLLECTIVE**
**ASSURANCE MALADIE**

(N.B. Un changement sera accepté seulement si vous répondez à l'une des conditions suivantes, veuillez cocher S.V.P.)

- Fin de personne à charge ou acquisition d'une première personne à charge  
 Séparation ou divorce  
 Perte ou acquisition de la protection d'assurance collective de la conjointe ou du conjoint

Inscrire la date de l'événement : \_\_\_\_\_

**STATUT DE PROTECTION – PERSONNES COUVERTES**

- Protection individuelle – Employé seulement  
 Protection couple – Employé et conjoint  
 Protection monoparentale – Employé et enfant(s) à charge  
 Protection familiale- Employé, conjoint et enfant(s) à charge  
 Retrait de protection (Attention : Vous devez être couvert par une autre assurance collective et vous ne pouvez revenir avec l'Université que si votre conjointe ou votre conjoint perd son assurance. Veuillez indiquer la compagnie et le n° de contrat.)
- } → Choisissez [  Option 1  
 Option 2  
 Option 3 ]

Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE VIE DE L'EMPLOYÉE OU EMPLOYÉ**

(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)

- Base (obligatoire) : \_\_\_\_\_ x salaire annuel (max. 200 000 \$)  
 1, 3 ou 5

**Changement de bénéficiaire**

| Nom et prénom du ou des bénéficiaires | Lien avec vous | Révocable ou non *   |
|---------------------------------------|----------------|--|
|                                       |                | <input type="checkbox"/> Révocable<br>ou<br><input type="checkbox"/> Irrévocable |

\* 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 ».

**ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'EMPLOYÉE OU EMPLOYÉ (rapport d'assurabilité obligatoire)**

- Facultative : \_\_\_\_\_ tranche (s) de 25 000 \$ (maximum 2 000 000 \$)  
 1 à 80

- Mettre fin à ma protection d'assurance vie

- Fumeuse ou fumeur  
 Non-fumeuse ou non-fumeur

**Vous devez aviser le Service des ressources humaines et financières si votre situation de fumeuse/fumeur ou non-fumeuse/non-fumeur change.**

**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 du participant \_\_\_\_\_

**Changement de bénéficiaire**

| Nom et prénom du ou des bénéficiaires | Lien avec vous | Révocable ou non *   |
|---------------------------------------|----------------|--|
|                                       |                | <input type="checkbox"/> Révocable<br>ou<br><input type="checkbox"/> Irrévocable |

## ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT (rapport d'assurabilité obligatoire)

Facultative : \_\_\_\_\_ tranche(s) de 25 000 \$ (maximum 1 000 000 \$)  
1 à 40

\* La personne bénéficiaire est toujours la personne participante

Mettre fin à la protection d'assurance vie de ma conjointe ou de mon conjoint

Fumeuse ou fumeur

Non-fumeuse ou non-fumeur

Vous devez aviser le Service des ressources humaines et financières si votre situation de fumeuse/fumeur ou non-fumeuse/non-fumeur change.

**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 conjointe ou du conjoint

## DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire(s) révocable antérieure, sous réserve des lois applicables, et je désigne la ou les personnes dont le nom figure ci-dessus comme bénéficiaire(s) des sommes payables advenant mon décès. (Voir le guide d'adhésion pour plus de détails sur les règles relatives à la désignation de bénéficiaire(s).)

- Si vous désignez plus d'une personne comme bénéficiaire d'une protection, indiquez le pourcentage payable à chacune. Si aucun pourcentage n'est indiqué, la somme payable sera versée aux bénéficiaires en parts égales.
- Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, les sommes seront versées à votre succession.
- Vous êtes le bénéficiaire des montants payables en vertu de l'assurance vie de la conjointe ou du conjoint.
- L'assureur et l'Université de Sherbrooke ne sont pas responsables de la validité de la désignation de bénéficiaire(s).

## DÉCLARATION ET AUTORISATION (à remplir obligatoirement)

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

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

## Réservé à l'usage du Service des ressources humaines et financières

**SOFÉ** : \_\_\_\_\_  
Nom Date

**Vérfié par** : \_\_\_\_\_  
(Mettre à « Officiel ») Nom Date

**DSF** : \_\_\_\_\_  
Nom Date

**Catégorie** : \_\_\_\_\_