LA Great-West
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

RAJUSTEMENTS VISANT L'ASSURANCE COLLECTIVE

RÉPONDANT DU RÉGIME		
RÉGIME N°	DIV. N°	DATE

(En caractères d'imprimerie)
REMPLI PAR : _____

INDIC. RÉG. ET N° DE TÉLÉPHONE : _____ _____

DESTINATAIRE : ADMINISTRATION DES DOSSIERS DES PARTICIPANTS
LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
C. P. 6000
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 3A5
N° DE TÉLÉCOPIEUR : 204 946-4101

NOM DU PARTICIPANT DE RÉGIME	N° D'IDENT. (Si connu)	INDIC. MOTIF (Voir plus bas)	DATE D'EFFET DU/DES CHANGEMENTS	VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS.

REMPLIR EN DOUBLE EXEMPLAIRE
1 EXEMPLAIRE POUR LA G.-W.
1 EXEMPLAIRE POUR VOS DOSSIERS

*** LES INDICATIFS DE MOTIF 1, 12 ET 16 NE SONT PAS REQUIS À L'ÉGARD DES DIVISIONS MAINTENUES POUR FINS DE DEMANDES DE RÈGLEMENT SEULEMENT.**

INDICATIFS DE MOTIF (Veuillez inscrire l'indicatif de motif applicable pour chaque participant de régime dans la colonne ci-dessus.)

1 – CHANGEMENT DE RÉMUNÉRATION*
2 – PERSONNE À CHARGE – Ajout de protection [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]
3 – PERSONNE À CHARGE – Annulation de protection
4 – CHANGEMENT DE CLASSE
5 – RENONCIATION À DES GARANTIES [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]
6 – RÉSILIATION – Mise à pied ou congé autorisé
7 – RÉSILIATION – Cessation d'emploi
8 – RÉSILIATION – Demandée par le participant [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]
9 – TRANSFERT DE DIVISION
10 – NOUVEAU PARTICIPANT DE RÉGIME [Joindre le Demande d'adhésion au régime collectif, M6191(f) ou M6191]
11 – REMISE EN VIGUEUR [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]
12 – CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]*
13 – CHANGEMENT DE NOM [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]
14 – CHANGEMENT DE PROFESSION
15 – CHANGEMENT DE PROVINCE DE RÉSIDENCE
16 – CHANGEMENT DE PROVINCE DE TRAVAIL*
17 – PERTE OU VOL DE CARTE MÉDICAMENTS
18 – REMPLACEMENT OU AJOUT D'UNE CARTE MÉDICAMENTS
19 – DATE DE DÉPART À LA RETRAITE
20 – AUTRE (Décrire brièvement)

M5726 BIL-3/15

Effacer

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie. Tous droits réservés. Toute modification apportéeau présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.