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

DESTINATAIRE : ADMINISTRATION DES DOSSIERS DES PARTICIPANTS, REGINA
LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
1901, RUE SCARTH
REGINA (SASKATCHEWAN) S4P 4L4
N° DE TÉLÉCOPIEUR : 306 751-6401

NOM DU PARTICIPANT AU 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 REGLEMENT SEULEMENT.**

INDICATIFS DE MOTIF (Veuillez inscrire l'indicatif de motif applicable pour chaque participant au 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 la protection
4 – CHANGEMENT DE CLASSE
5 – RENONCIATION À DES GARANTIES [Joindre le Formulaire de modifications visant le régime collectif, M6190(f) ou M6190]
6 – RESILIATION – 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 la 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(REGINA) BIL-9/11

Effacer

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