

N° de groupe

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Nom du groupe

CHANGEMENT OU AJOUT DE GARANTIE

Notez que tout changement REÇU AVANT LE 10 DU MOIS COURANT figurera sur votre facture du mois suivant.

1	Nom(s) du participant / Prénom(s) du participant	Code d'utilisateur GPM	Code*	Date d'effet du changement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nouveau salaire annuel	Renseignements particuliers	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
2	Nom(s) du participant / Prénom(s) du participant	Code d'utilisateur GPM	Code*	Date d'effet du changement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nouveau salaire annuel	Renseignements particuliers	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3	Nom(s) du participant / Prénom(s) du participant	Code d'utilisateur GPM	Code*	Date d'effet du changement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nouveau salaire annuel	Renseignements particuliers	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4	Nom(s) du participant / Prénom(s) du participant	Code d'utilisateur GPM	Code*	Date d'effet du changement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nouveau salaire annuel	Renseignements particuliers	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5	Nom(s) du participant / Prénom(s) du participant	Code d'utilisateur GPM	Code*	Date d'effet du changement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nouveau salaire annuel	Renseignements particuliers	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
6	Nom(s) du participant / Prénom(s) du participant	Code d'utilisateur GPM	Code*	Date d'effet du changement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nouveau salaire annuel	Renseignements particuliers	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7	Nom(s) du participant / Prénom(s) du participant	Code d'utilisateur GPM	Code*	Date d'effet du changement
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nouveau salaire annuel	Renseignements particuliers	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

***CODES DE CHANGEMENT**

Annulation (Cessation d'emploi)	A	Changement de catégorie/classe	C	Arrêt de travail	
Rétablissement de couverture	R	Congé de maternité ou parental	M	(invalidité/maladie/CNESST/SAAQ)	AT
Mise à pied temporaire	MAP	Changement d'adresse	AD	Congé sans solde	CS
Changement de salaire (annuel)	S			Retour au travail (invalidité/maladie/CSST/SAAQ)	RAT

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je comprends que mes couvertures et celles de mes personnes à charge aux termes du régime d'assurance collective sont conditionnelles à ce que mes personnes à charge et moi-même conservions une couverture complète dans le cadre du régime public d'assurance-maladie dans notre province de résidence. J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques. Je comprends que des renseignements faux, incomplets ou inexacts peuvent entraîner le rejet de toute demande de règlement, ou même la résiliation d'une partie ou de la totalité de ma couverture par l'entremise du régime collectif. J'autorise GPM, ses agents, ses mandataires et les fournisseurs de service à recueillir, utiliser, échanger, conserver et divulguer les renseignements recueillis sur le présent formulaire et toute information relative à ma demande d'adhésion concernant mes personnes à charge ou moi-même, aux fins de gestion, de sélection, de vérification ou du traitement des demandes de règlement. J'autorise mon employeur à prélever sur mon salaire toute cotisation, si nécessaire, se rapportant à ma couverture par l'entremise du régime collectif.

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Date (j/m/aaaa)