

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nom du groupe

Nom(s) de famille du participant

Prénom(s) du participant

Téléphone

Adresse de courriel

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

Date effective du changement (j/m/a)

Veuillez SVP **IMPRIMER** et **RETOURNER** ce formulaire à votre employeur pour valider les changements désirés.

Je désire la garantie **FRAIS MÉDICAUX** suivante : Individuelle Couple Monoparentale Familiale Exemption*

Je désire la garantie **SOINS DENTAIRES** suivante (si applicable) : Individuelle Couple Monoparentale Familiale Exemption*

* Vous devez adhérer et couvrir votre conjoint et vos enfants conformément aux **Conditions d'admissibilité définies au Livret des Garanties**. Indépendamment de votre lieu de résidence, vous pouvez renoncer aux garanties de Frais médicaux et de Soins dentaires si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par des garanties similaires aux termes d'un autre régime d'assurance collective.

Raison du changement Veuillez SVP cocher une raison et remplir l'information demandée.

Mariage Indiquer la date du mariage Date (j/m/a) **Conjoint de fait** (L'admissibilité pour les conjoints de fait commence après 12 mois de cohabitation continue) Indiquer la date de début de la cohabitation: Date (j/m/a)

Votre conjoint, est-il assuré en vertu d'un autre régime collectif ? Non Si oui : Médical : Ind Fam Dentaire : Ind Fam

Fin de l'assurance du conjoint Indiquer la date de fin Date (j/m/a) **Naissance d'un enfant**

Séparation / Divorce Date (j/m/a)

Avez-vous des enfants à charge de moins de 26 ans résidant au Canada ? Non Oui*

Vos enfants à charge, sont-ils assurés en vertu d'un autre régime collectif ? Frais médicaux : Non Oui Soins dentaires : Non Oui

Si vous avez une autre raison pour la mise à jour de votre dossier, SVP veuillez préciser ici :

* Si coché oui, une preuve de statut sera requise si l'enfant est considéré invalide ou s'il est étudiant à temps plein tel que défini dans votre contrat.

Je désire ajouter ou terminer la (les) personne(s) suivante(s) à mon dossier :

CONJOINT(E) Nom(s) de famille	Prénom(s)	Genre	Date de naissance (j/m/a)	Statut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Terminé
ENFANT 1 Nom(s) de famille	Prénom(s)	Genre	Date de naissance (j/m/a)	Statut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Terminé
ENFANT 2 Nom(s) de famille	Prénom(s)	Genre	Date de naissance (j/m/a)	Statut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Terminé
ENFANT 3 Nom(s) de famille	Prénom(s)	Genre	Date de naissance (j/m/a)	Statut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Terminé
ENFANT 4 Nom(s) de famille	Prénom(s)	Genre	Date de naissance (j/m/a)	Statut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ajout <input type="radio"/> Terminé

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 DU PARTICIPANT

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Date (j/m/aaaa)