



Alliance de la Fonction publique du Canada  
Public Service Alliance of Canada

numéro de police :  
GL 17700

numéro de police :  
C010367302

## FORMULAIRE DE CHANGEMENT DE L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE



**Veillez remplir ce formulaire clairement et à l'ENCRE.**

L'INFORMATION DE MEMBRE			
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALE
SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	DATE DE NAISSANCE année      mois      jour		ADRESSE
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE (      )
SITUATION DE FAMILLE <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Marié/Conjoint de fait	NUMÉRO DE RÉFÉRENCE		

Par la présente je demande la modification de l'assurance-vie facultative ou de l'assurance maladies graves comme suit :

### RÉSILIATION DE COUVERTURE

- Membre
- Conjoint (e) (nom) :
- Enfant à charge (nom) :

### RÉDUCTION DE COUVERTURE

Réduction de couverture :      veuillez choisir le régime :  assurance-vie facultative **ou**  assurance maladies graves

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Membre</b> (Ne cocher qu'une case)          | <input type="checkbox"/> <b>Conjoint (e)</b> (Ne cocher qu'une case)    |
| <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 150 000 \$  | <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 150 000 \$  |
| <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 175 000 \$  | <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 175 000 \$  |
| <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 200 000 \$  | <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 200 000 \$  |
| <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 225 000 \$ | <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 225 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 125 000 \$                                     | <input type="checkbox"/> 125 000 \$                                     |

**\*Veillez noter que tous changements seront effectifs le premier du mois suivant la date de réception d'une demande de modification.**

### AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

- J'AUTORISE :**
- Coughlin à transmettre mes renseignements personnels aux personnes, organisations ou parties suivantes : des prestataires de services de santé; des institutions financières; des organismes gouvernementaux; des compagnies d'assurance; des employeurs ou d'ex-employeurs; mon syndicat local ou des fiduciaires et vérificateurs de caisse de retraite;
  - Coughlin à se servir des renseignements personnels en dossier pour me faire part d'un complément d'information concernant des avantages sociaux auxquels j'ai droit.

Si je donne des renseignements personnels au sujet de mon conjoint ou des personnes à ma charge, **je confirme** être autorisé à agir en leur nom. **J'atteste** qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original. **J'atteste** que les renseignements transmis sont véridiques, exacts et complets pour autant que je sache.

Signature du salarié

Date (a/m/j)

**Le respect de vos renseignements personnels** Coughlin & associés Itée est l'administrateur de votre régime de prévoyance collective. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime de prévoyance collective. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi.