

## CHANGEMENT DE PROTECTION - CHANGEMENT DE MODULE ÉVOLUTION – RÉGIME MODULAIRE

*Toute demande de changement doit être présentée dans les 31 jours suivant ledit changement,  
à défaut, une déclaration de santé pourrait être exigée par l'assureur*

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'employeur/du titulaire de la police		N° de groupe/division	
Nom de famille de l'employé		Prénom	N° de certificat
Adresse (N° / Rue / App.)			
Ville	Province	Code postal	Téléphone

**Résidents du Québec** ➔ *Avant de remplir cette section, veuillez vous référer au texte sur la « LOI 33 » apparaissant au verso*

### MODIFICATION DE PROTECTION / RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET/OU LES ENFANTS

Module :	<input type="checkbox"/> ARGENT <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> PLATINE
Protection santé et/ou dentaire:	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Exemptée (Vous devez être assuré(e) par le régime de votre conjoint ou par un autre régime)
Assurance-vie des personnes à charge :	Désirez-vous assurer vos personnes à charge pour l'assurance-vie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>(Cette garantie est obligatoire lorsque vous avez un conjoint et/ou des enfants admissibles)</small>
Assurance-vie facultative :	Assuré : <input type="checkbox"/> Montant demandé : _____ \$ Par tranche de 10 000 \$ - Minimum 20 000 \$ / maximum 300 000 \$ Conjoint : <input type="checkbox"/> Montant demandé : _____ \$ Par tranche de 10 000 \$ - Minimum 20 000 \$ / maximum 300 000 \$ Enfant : <input type="checkbox"/> Montant demandé : _____ \$ Par tranche de 5 000 \$ - Minimum 5 000 \$ / maximum 50 000 \$ <b>(Sur approbation de l'assureur – Une preuve d'assurabilité doit être remplie et envoyée chez AGA)</b>

### IDENTIFICATION DU CONJOINT ET/OU DES ENFANTS

**La garantie d'assurance-vie des personnes à charge est obligatoire lorsque vous avez un conjoint et/ou des enfants admissibles.  
Vous devez donc inscrire toutes les informations relatives à votre conjoint et/ou vos enfants admissibles et ce, même si vous avez choisi une protection  
« Individuelle » ou une « Exemption ».**

	Nom de famille	Prénom	Sexe		Date de naissance (AAAA - MM - JJ)	Si enfant âgé de 21 ans Ou plus, veuillez préciser		Est-ce que le conjoint/les enfants sont assurés par un autre régime ?			
			M	F		Étudiant à temps plein	Handicapé	Soins de santé		Soins dentaires	
								Oui	Non	Oui	Non
Conjoint			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu « Oui » à la question « Est-ce que les enfants sont assurés par un autre régime ? », veuillez confirmer les détails au verso.  
Ces renseignements sont nécessaires à l'application des règles de coordination des prestations.**

#### ÉVÉNEMENTS DE VIE :

<input type="checkbox"/> Mariage/union civile	Date du mariage/union civile	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Cohabitation (conjoint de fait)	Date du début de la cohabitation	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Séparation/divorce	Date de la séparation/du divorce	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Naissance/adoption d'un enfant	Date de la naissance/d'adoption	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Ajout d'un enfant étudiant à temps plein	Nom : _____	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Décès d'une personne à charge	Nom : _____	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Fin d'admissibilité d'une des personnes à charge	Nom : _____	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint/parent	Date du début des protections	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Fin de la protection par le régime du conjoint/parent	Date de la fin des protections	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Fin involontaire de la protection par le régime du conjoint	Date de la fin des protections	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire	Date du début des protections	➔	(AAAA - MM - JJ)
<input type="checkbox"/> Autre : _____	Date du changement	➔	(AAAA - MM - JJ)

### SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

Signature de l'employé	Date
------------------------	------

**Enfants assurés par un autre régime – Veuillez donner les détails suivants :**

**Confirmer pour quel(s) enfant(s) sont les réponses données – Enfant(s) # \_\_\_\_\_**

**Soins de santé**

- Protection par le régime du conjoint actuel
- Protection par le régime de l'autre parent
- Protection par le régime du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime d'une institution scolaire :
  - incluant médicaments
  - excluant médicaments

**Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :**

Avez-vous une garde exclusive ?  **ou**  
L'autre parent a-t-il une garde exclusive ?  **ou**  
Avez-vous une garde partagée ?   
Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent ( AAAA/MM/JJ ) : \_\_\_\_\_

**Soins dentaires**

- Protection par le régime du conjoint actuel
- Protection par le régime de l'autre parent
- Protection par le régime du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime d'une institution scolaire :
  - incluant médicaments
  - excluant médicaments

**Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :**

Avez-vous une garde exclusive ?  **ou**  
L'autre parent a-t-il une garde exclusive ?  **ou**  
Avez-vous une garde partagée ?   
Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent ( AAAA/MM/JJ ) : \_\_\_\_\_

**Confirmer pour quel(s) enfant(s) sont les réponses données – Enfant(s) # \_\_\_\_\_**

**Soins de santé**

- Protection par le régime du conjoint actuel
- Protection par le régime de l'autre parent
- Protection par le régime du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime d'une institution scolaire :
  - incluant médicaments
  - excluant médicaments

**Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :**

Avez-vous une garde exclusive ?  **ou**  
L'autre parent a-t-il une garde exclusive ?  **ou**  
Avez-vous une garde partagée ?   
Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent ( AAAA/MM/JJ ) : \_\_\_\_\_

**Soins dentaires**

- Protection par le régime du conjoint actuel
- Protection par le régime de l'autre parent
- Protection par le régime du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime d'une institution scolaire :
  - incluant médicaments
  - excluant médicaments

**Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :**

Avez-vous une garde exclusive ?  **ou**  
L'autre parent a-t-il une garde exclusive ?  **ou**  
Avez-vous une garde partagée ?   
Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent ( AAAA/MM/JJ ) : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_

**RÉSIDENTS DU QUÉBEC  
Loi 33 - « Saviez-vous que ... »**

- ✓ *Le 1<sup>er</sup> janvier 1997, la Loi 33 (Régime universel d'assurance médicaments) entré en vigueur pour tous les résidents du Québec.*
- ✓ *Toute personne de moins de 65 ans qui a accès à un régime d'assurance collective doit obligatoirement y adhérer à moins de participer personnellement à un autre régime collectif ou d'être assurée par le biais du régime de son conjoint. Une preuve de cette couverture doit être déposée au dossier de l'employeur.*
- ✓ *En adhérant au régime d'assurance collective de votre employeur, vous devez obligatoirement assurer toutes vos personnes à charge admissibles à moins qu'elles ne soient déjà couvertes par un autre régime d'assurance collective.*
- ✓ *Vos personnes à charge ne peuvent être assurées auprès de la R.A.M.Q. (Régime universel d'assurance médicaments) si vous êtes couvert par le régime collectif de votre employeur, à l'exception d'un conjoint de 65 ans et plus.*
- ✓ *Lors de la production de votre déclaration de revenus (rapport d'impôt), on vous demandera si vous vous êtes conformé à la Loi 33.*

**Pour tout renseignement additionnel,  
n'hésitez pas à communiquer avec notre service à la clientèle  
aux numéros suivants :**

**Région de Montréal : 514 935-5444  
Ext. de Montréal : 1 800 363-6217  
Télécopieur : 514 935-1147**