co-operators[MD]
Une place de choix[MD]

FORMULAIRE DE MODIFICATION DE LA POLICE COLLECTIVE

Groupe _____ Compte _____

Nom du groupe _____

Participant Prénom Initiale Nom de famille	Certificat	Durée	Nouvel employé	Remise en vigueur	Date d'effet JJ/MMM/AAAA	Salaire annuel	Autres modifications : (p. ex. bénéficiaire, état civil, personnes à charge)	Transfert de compte : Date du transfert JJ/MMM/AAAA
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				
		☐	☐	☐				

PIÈCES JOINTES

☐ Formulaire d'adhésion à l'assurance collective ☐ Formulaire de modification du participant ☐ Autre (préciser) _____

Nom _____ _____ _____ Signature _____ Date _____
Prénom Initiale Nom de famille JJ/MMM/AAAA

Courriel _____ Fonction _____ Numéro de téléphone (____) _____ Numéro de télécopieur (____) _____

OBSERVATIONS

_____

_____

_____

Conservez une copie pour vos dossiers.

CO-OPERATORS COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
1920 COLLEGE AVENUE REGINA SK S4P 1C4