



FORMULAIRE DE RESILIATION OU DE RÉDUCTION

Veuillez remplir ce formulaire en double et clairement, à l'ENCRE.

RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURÉ

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE
NUMÉRO DE CERTIFICAT / NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'ACCTA			ADRESSE	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE ()	
SITUATION DE FAMILLE <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Marié/Conjoint de fait		NOM DU/DE LA CONJOINT(E)		

COUVERTURE

Par la présente j'autorise la résiliation de la couverture ci-dessous :

Assurance-vie temporaire volontaire Membre Assurance-vie temporaire volontaire Conjoint(e)

Assurance des maladies graves Membre Assurance des maladies graves Conjoint(e)

Assurance pour personne à charge **Résiliation de toute couverture d'assurance**

Assurance individuelle contre les accidents

RÉDUCTION DE LA COUVERTURE

Modifications

Réduire le montant de ma couverture de _____ \$ à _____ \$
(en tranches de 10,000 \$).

Réduire le montant de la couverture de mon / ma conjoint(e) de _____ \$ à _____ \$
(en tranches de 10,000 \$).

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

J'AUTORISE :

- Coughlin à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de rapports gouvernementaux, d'identification et d'administration de mes avantages sociaux;
- 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.