

FORMULAIRE DE MODIFICATION DES GARANTIES FACULTATIVES DE L'AFPC

Veillez écrire lisiblement et en lettres moulées. Remplissez le formulaire à l'encre, le signer et le dater puis le retourner à l'administrateur de votre régime pour traitement.

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE			
Nom du promoteur du régime/Nom du groupe Alliance de la fonction publique du Canada		Numéro de police GL17700 (assurance-vie facultative) et/ou CO10367302 (Assurance maladies graves facultative)	
Nom de famille du membre	Prénom du membre	Initiale du membre	Numéro de membre/NIP
Adresse postale		Ville	Province Code postal
Adresse courriel		Téléphone primaire	Téléphone secondaire
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais
État matrimonial <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> union de fait <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> marié(e)	Confirmez la date d'effet de l'état matrimonial (aaaa/mm/jj) _____		En cas d'union de fait, confirmez la date de cohabitation (aaaa/mm/jj) _____

2. RENSEIGNEMENTS DU/DE LA CONJOINT(E)			
Nom de famille du/de la conjoint(e)	Prénom du/de la conjoint(e)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme

3. MODIFICATION DE LA COUVERTURE			
<u>ASSURANCE-VIE FACULTATIVE</u>			
La couverture est offerte aux membres et à leurs conjoint(e)s par tranche de 25 000 \$. Le montant minimum disponible est de 25 000 \$ et le montant maximum est de 250 000 \$. La couverture au montant de 20 000 \$ est également disponible pour vos enfants à charge admissibles. Si vous souhaitez augmenter votre couverture, veuillez remplir le formulaire « Protection Enrichie formulaire d'adhésion ». Tous les changements (résiliation ou réduction de la couverture) demandés ci-dessous prendront effet le premier jour du mois suivant la réception du formulaire signé.			
Par la présente, je souhaite résilier ou réduire ma couverture, tel qu'indiqué ci-dessous.			
	RÉSILIATION	RÉDUCTION	SI VOUS REDUISEZ LA COUVERTURE, CONFIRMEZ LE MONTANT
			Montant actuel Réduction Nouveau montant
Membre	<input type="checkbox"/> Résiliation	<input type="checkbox"/> Réduction →	\$ _____ \$ _____ \$ _____
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Résiliation	<input type="checkbox"/> Réduction →	\$ _____ \$ _____ \$ _____
Enfants	<input type="checkbox"/> Résiliation		

<u>ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE</u>			
La couverture est offerte aux membres et à leurs conjoint(e)s par tranche de 10 000 \$. Le montant minimum disponible est de 10 000 \$ et le montant maximum est de 150 000 \$. La couverture au montant de 5 000 \$ est également disponible pour vos enfants à charge admissibles. Si vous souhaitez augmenter votre couverture, veuillez remplir le formulaire « Questionnaire médical-assurance maladies graves ». Tous les changements (résiliation ou réduction de la couverture) demandés ci-dessous prendront effet le premier jour du mois suivant la réception du formulaire signé.			
Par la présente, je souhaite résilier ou réduire ma couverture, tel qu'indiqué ci-dessous.			
	RÉSILIATION	RÉDUCTION	SI VOUS REDUISEZ LA COUVERTURE, CONFIRMEZ LE MONTANT
			Montant actuel Réduction Nouveau montant
Membre	<input type="checkbox"/> Résiliation	<input type="checkbox"/> Réduction →	\$ _____ \$ _____ \$ _____
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Résiliation	<input type="checkbox"/> Réduction →	\$ _____ \$ _____ \$ _____
Enfants	<input type="checkbox"/> Résiliation		

4. AUTORISATION ET DÉCLARATION	
Je demande par la présente d'être couvert en vertu du régime d'avantages sociaux du preneur. J'autorise le prélèvement sur mon salaire de toute contribution que je dois faire pour couvrir le coût de ceux-ci et des garanties futures. J'autorise Coughlin et associés Itée (« Coughlin ») de recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels me concernant avec les personnes, organisations ou parties suivantes: les fournisseurs de soins de santé; compagnies affiliées à Coughlin; institutions financières; les organismes gouvernementaux; compagnies d'assurance et leurs réassureurs et / ou fournisseurs de services; employeurs ou ex-employeurs; mon syndicat, les fiduciaires et les vérificateurs du régime aux fins de l'administration du régime, la vérification, l'évaluation, la recherche, la gestion des sinistres, la tarification, et pour déterminer l'admissibilité au régime (le cas échéant). En fournissant des renseignements personnels au sujet de mon(ma) conjoint(e) et / ou personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom. Je reconnais qu'une photocopie ou une copie électronique de cette section est aussi valide que l'originale. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance.	
Signature du membre	Date (aaaa/mm/jj)

Protection de vos renseignements personnels : Coughlin reconnaît le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Nous nous sommes engagés à protéger la confidentialité, la précision et la sécurité des renseignements personnels. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons et conservons un dossier confidentiel chez nous ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par nous. Les renseignements personnels sont conservés en lieu sûr. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels 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. Nous utilisons les renseignements personnels pour administrer le régime. Vous pouvez exercer certains droits d'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier, et si approprié, faire corriger les renseignements inexacts en faisant parvenir une demande écrite à Coughlin. Pour obtenir des renseignements au sujet de notre politique sur la protection des renseignements personnels, visitez notre site web à www.coughlin.ca, ou écrivez à notre agent responsable de la protection des renseignements personnels, par la poste, ou par courriel à privacy@coughlin.ca.