

Administrateur du régime : Veuillez remplir et signer la section 1. Complétez les modifications aux section 2 et 3, s'il y a lieu.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE GROUPE		
Nom de l'entreprise :	N° de police collective :	
Nom de l'administrateur du régime :	Signature :	Signé le : (aaaa/mm/jj)

2. MODIFICATION DU SALAIRE OU DE LA CLASSE DE L'EMPLOYÉ(E)					
Identifiant du client	Nom de famille	Prénom	Nouveau salaire	Nouvelle classe	Date d'entrée en vigueur (aaaa/mm/jj)

3. CESSATION D'EMPLOI				
Identifiant du client	Nom de famille	Prénom	Raison de la cessation d'emploi (décès, licenciement, nombre d'heures insuffisant, démission, retraite, grève, etc.)	Dernier jour de couverture (aaaa/mm/jj)

Raison de la cessation d'emploi : Si un(e) employé(e) choisit de renoncer à la couverture parce qu'il ou elle est couvert(e) par son/sa conjoint(e), l'employé(e) doit remplir et soumettre un formulaire de modification des informations de l'employé(e). Vous n'avez pas besoin de les inclure dans la section de ce formulaire concernant la cessation d'emploi.

Dernier jour de couverture : Les employés licenciés bénéficient d'une couverture jusqu'à 23 h 59 m 59 s le dernier jour de couverture.

Antidatation des cessations d'emploi : Il est possible d'antidater le dernier jour d'un(e) employé(e) au plus tôt le 2e jour du mois au cours duquel Benecaid reçoit l'avis de cessation d'emploi.

Facturation : Les primes / dépôts seront facturés pour le mois au cours duquel la couverture prend fin. Les primes / dépôts ne seront pas calculés au prorata.