

CHANGE FORM / DEMANDE DE MODIFICATION

INSTRUCTIONS / DIRECTIVES:

- 1) Employees to forward both copies to your Group Administrator.
- 2) Administrator to forward original as received and keep second copy.
- 1) L'employé(e) doit envoyer les deux copies à l'administrateur du groupe.
- 2) L'administrateur doit envoyer l'original tel que reçu et conserver la deuxième copie.

This area must be completed for changes to be processed. / Cette section doit être remplie pour que les modifications soient effectuées.

EXISTING IDENTIFICATION NUMBER / NUMÉRO D'IDENTIFICATION ACTUEL : _____

EXISTING GROUP NUMBER / NUMÉRO DE GROUPE ACTUEL: _____

LAST NAME / NOM DE FAMILLE: _____

TYPE OF CHANGE – CHECK (✓) / GENRE DE MODIFICATION – COCHER (✓)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Address / Adresse | ☐ Name / Nom | ☐ Retired / Retraite | ☐ Other / Autre: _____ |
| ☐ Telephone No. / Téléphone | ☐ Coverage / Protection | ☐ Deceased / Décès | _____ |
| ☐ Dependent(s) / Personne(s) à charge | ☐ Terminate / Cessation d'emploi | Limited continuation of coverage | ☐ Yes ☐ No |
| ☐ Marital Status / État civil | ☐ Transfer / Transfert | Prolongation – période limitée | ☐ Oui ☐ Non |

COMPLETE ONLY AREAS AFFECTED BY THE CHANGE AND SIGN / REPLIR SEULEMENT LES SECTIONS TOUCHÉES PAR LA MODIFICATION ET SIGNER

Last name / Nom de famille	First name / Prénom	Initial / Initiale	Sex / Sexe M / F	Date of Birth / Date de naissance			Dependent Status / État de pers. à charge	A-Add / Addition C-Change / Modification D-Delete / Suppression
				D/J	M	Y/A		
Address – Street and No. / Adresse – rue & no	Employee / Employé(e)s							
City or Town / Ville ou village	Spouse / conjoint(e)							
Province	Children / enfant(s)							
Postal Code / Code postale								
Telephone / tél								

New Coverage / Nouvelle protection

- ☐ Single / Individuelle ☐ Family / Familiale
- Language / Langue
- ☐ English ☐ Français

- ☐ Add / Addition ☐ Change / Modification ☐ Delete / Suppression

The following benefits / des garanties suivantes

- ☐ Health / Santé ☐ Dental / Dentaire

Marital Change / Modification à l'état civil

When an employee requests a change from single to family coverage within 31 days of marriage, family coverage will become effective as outlined in the Medavie Blue Cross group benefits Contract. If later than 31 days = a statement of health may be required. /

Lorsque, dans les 31 jours suivant la date du mariage, un(e) employé(e) demande que la protection individuelle soit convertie en une protection familiale, la protection familiale prendra effet conformément aux dispositions du contrat collectif passé avec la Croix Bleue Medavie. Si la demande de modification est faite après le délai de 31 jours, une déclaration de santé peut être requise.

Change in Marital Status / Modification à l'état civil

Day / jour Month / mois Year / année

If spouse has Medavie Blue Cross benefits please complete / Si le ou la conjoint(e) est déjà couvert(e) par la Croix Bleue Medavie, prière d'indiquer

Policy Number / Numéro de police

Identification Number / Numéro d'identification

Family name / Nom de famille

Authorization of Change / Modification autorisée

I certify that all information hereon is correct and hereby authorize payroll deductions, if required, for the changes specified. /

Je certifie que tous les renseignements contenus sur la présente demande sont exacts et je demande et j'autorise des retenues sur mon salaire, s'il y a lieu, pour les modifications spécifiées.

Employee's Signature / Signature de l'employé(e)

Date

To be completed by Employer / À être remplie par l'employeur

Name of Employer: Province of N.B. / Nom de l'employeur : Province du Nouveau-Brunswick

Group and Section Number / Numéro de groupe et d'unité

Department, Health Authority, School District, etc. / Ministère, régie régionale de la santé, district scolaire etc.

Effective Date of Change / Date d'entrée en vigueur de la modification

Day / jour Month / mois Year / année

Payroll Number / Numéro de fiche de paie (maximum 9 positions / maximum 9 chiffres) (1) _____
(2) _____

Completed for employer by / Remplie au nom de l'employeur par

Signature

Date