



# CDCS HEALTH CLAIMS INC.

58 Lisgar St., Suite ~~400~~300, Sudbury, ON P3E 3L7 705-675-2222

Boîte Postale 156 Stn. "B", Sudbury, ON P3E 4N5 800-265-2327

## RAPPORT DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICES

### INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR

NOM DE L'EMPLOYEUR:

NO. DE GROUPE:

### TYPE DE CHANGEMENT:

1.	<b>NOUVELLE INSCRIPTION</b> – Inclure formulaire de demande de bénéfice	6.	<b>CHANGEMENT DE SALAIRE</b> – Indiquer le nouveau salaire dans la section "Explications".
2.	<b>TERMINAISON</b> – Indiquer la dernière journée au travail.	7.	<b>CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE</b> – Inclure formulaire de changement de bénéficiaire.
3.	<b>RÉ-EMBAUCHE/RÉTABLISSER</b> – Indiquer la date de terminaison précédente.	8.	<b>TRANSFER</b> – Indiquer la vieille et nouvelle division dans la section "Explications".
4.	<b>CHANGEMENT DE CLASSE</b> – Indiquer la vieille et nouvelle classe dans la section "Explications"	9.	<b>AUTRE</b> – Indiquer les détails dans la section "Explications".
5.	<b>CHANGEMENT POUR PERSONNES A CHARGE:</b> – Indiquer le changement dans la section "Explications". Si vous ajoutez des personnes à charge, compléter un formulaire mise à jour des informations des personnes à charge.		

### EMPLOYEE BENEFIT CHANGE INFORMATION

NOM DE L'EMPLOYÉ (DERNIER NOM, PREMIER NOM)	NO. DE CERTIFICAT	TYPE DE CHANGEMENT	DATE ÉFFECTIVE (jj/mm/aaaa)	EXPLICATIONS

### AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

NOM (Veuillez Imprimer)	SIGNATURE	DATE SIGNÉ (jj/mm/aaaa)