RBC Assurances®

FORMULAIRE DE CHANGEMENT DE SITUATION

CP 1800 SUCC B
MISSISSAUGA ON L4Y 3W6
1-888-604-3434

Veuillez remplir le présent formulaire pour signaler des changements touchant la situation des employés (voir les codes appropriés au dessous). Si vous avez à signaler des changements en même temps que vous retournez votre relevé de primes collectives, veuillez inscrire ces changements sur la partie détachable du relevé au lieu du présent formulaire.

GROUPE(S) N°:_____ NOM DE L'EMPLOYEUR:_____

N° MATRICULE DU PARTICIPANT	NOM DE L'EMPLOYÉ	GENRE DE CHANGEMENT	DATE DU CHANGEMENT	OBSERVATIONS ET RAISONS

GENRE DE CHANGEMENT

T	**Cessation des services ou fin de la participation**	Indiquer le dernier jour de travail, annexer la carte Protection Voyage et/ou la carte Rx Plus, le cas échéant
S	**Changement de salaire**	Indiquer le nouveau salaire et le mode correspondant, dans la colonne « Observations » H = Horaire *(indicate number of hours worked per week)* M = Mensuel S = Par semaine A = Annuel
C	**Changement de catégorie**	Indiquer l'anciennne et la nouvelle catégorie et les raisons du changement dans la colonne « Observations »
A	**Division Facturation/ Numéro de compte**	Indiquer la nouvelle division Facturation/le nouveau numéro de compte

POUR TOUS AUTRES CHANGEMENTS, SE REPORTER À LA SECTION APPROPRIÉE DU GUIDE DE GESTION

83585 (03-2009)

® Marque déposées de la Banque Royale du Canada. Utilisées sous licence.