

DEMANDE DE PROTECTION POUR PERSONNES À CHARGE AYANT DÉPASSÉ L'ÂGE LIMITE

Demande de règlement en suspens

Utilisez ce formulaire pour demander à souscrire une assurance collective au nom d'une ou d'un enfant à charge ayant dépassé l'âge limite et qui est inscrit·e à temps plein dans un établissement d'enseignement accrédité. L'enfant ne doit pas être marié·e et ne doit pas être employé·e à temps plein ou avoir droit à une assurance en tant que personne employée dans le cadre d'un programme d'avantages sociaux.

Veuillez consulter le livret des garanties pour connaître les dispositions relatives à l'âge limite pour ce type de protection.
 (Remarque : Pour CHAQUE année scolaire, une nouvelle *Demande de protection pour personnes à charge ayant dépassé l'âge limite* doit être remplie et envoyée à Avantage Maximum, à l'adresse indiquée ci-dessous.)

Nom de l'entreprise _____ Numéros d'entreprise/de division _____
 Nom de la personne employée _____ Numéro de certificat _____
 Nom de l'enfant à charge _____ Date de naissance de l'enfant à charge _____
 AAAA / MM / JJ

- 1) Est-ce que l'enfant à charge est marié·e? Non Oui
 2) Est-ce que l'enfant à charge travaille à temps plein? Non Oui

Dans l'affirmative, l'enfant à charge est-il ou est-elle admissible à un programme d'avantages sociaux associé à son entreprise employeuse? _____

- 3) Est-ce que l'enfant à charge est inscrit·e à temps plein dans un établissement d'enseignement accrédité? Non Oui

Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse de l'établissement d'enseignement. _____

Programme dans lequel la personne étudiante est inscrite _____ Année scolaire 20 _____ à 20 _____

Date prévue de l'obtention du diplôme _____

Si la personne étudiante désire retourner aux études à temps plein après cette date, veuillez préciser :

Programme dans lequel la personne étudiante est inscrite _____ Date _____

Déclaration et autorisation pour la collecte et la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

J'autorise Avantage Maximum et ses compagnies d'assurance à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. J'autorise la collecte et la divulgation de ces renseignements par tous les moyens nécessaires, dont les méthodes de communication électronique telles que le courriel. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. Cette autorisation est également valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant les personnes à ma charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties de ce régime.

Je prends acte du fait qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site www.avantagemaximum.ca ou auprès de l'administratrice ou l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne employée _____ Date _____