

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

Demande de règlement en suspens

Utilisez le présent formulaire pour demander une couverture d'assurance collective au nom d'un enfant à charge ayant dépassé l'âge limite et qui est étudiant à temps plein. Pour être admissible à la protection demandée à ce titre, l'enfant doit fréquenter un établissement d'enseignement accrédité par une autorité compétente. Il doit en outre être célibataire et résider avec l'assuré principal (l'employé). Le livret du régime indique les dispositions relatives à l'âge limite pour ce type de protection. Veuillez expédier ce formulaire dûment rempli et signé à Avantage Maximum, à l'adresse indiquée ci-dessous.

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

- 1) Est-ce que l'enfant à charge est entièrement à votre charge? Non Oui
- 2) Est-ce que l'enfant à charge travaille à temps plein ou à temps partiel? Non Oui
Dans l'affirmative, nombre d'heures par semaine _____
- 3) Est-ce que l'enfant à charge est inscrit 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 l'étudiant est inscrit _____ Année académique 20_____ à 20_____
Date prévue de l'obtention du diplôme _____
Si l'étudiant désire retourner aux études à temps plein après cette date, veuillez préciser :
Programme dans lequel l'étudiant est inscrit _____ Date _____

Déclaration et autorisation à la collecte et à 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 assureurs 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. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du régime.

J'ai été avisé(e) 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'administrateur de mon régime d'assurance collective.

Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____