

## 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. 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 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 présent 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](http://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 \_\_\_\_\_