❑ Demande de règlement en suspens

EnContinu[MC]

JG100-CY

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

Veuillez inscrire vos numéros de police et de certificat

Nº de police	Nº de certificat

Le présent formulaire doit être rempli par le participant. Ce formulaire est utilisé quand vous demandez la prolongation de la protection d'une personne à charge ayant dépassé l'âge limite de 21 ans et qui est étudiant à temps plein. Veuillez retourner le présent formulaire dûment rempli à l'adresse indiquée ci-dessous.

Nom du participant _____

Nom de l'enfant à charge _____ Date de naissance _____
AAAA/MM/JJ

1) Est-ce que l'enfant à charge est entièrement à votre charge? ❑ Oui ❑ Non

2) Est-ce que l'enfant à charge travail à temps plein ou à temps partiel? ❑ Oui ❑ Non Nombre d'heure par semaine _____

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

Si « Oui », précisez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'établissement d'enseignement. _____

_____

Programme dans lequel l'étudiant est inscrit : _____ Année académique 20____ à 20____

Nombre d'heure pour que ce programme soit considéré comme un programme à temps plein : _____

Nombre d'heure de cours de l'étudiant : _____

Date prévue de l'obtention du diplôme : _____

Si l'étudiant désire retourner aux études à temps plein après cette date, veuillez préciser quand.

a) Date _____ b) Nombre de classes par jour : _____ c) Nombre d'heure par jour : _____

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

Je déclare, par la présente, que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

J'autorise Johnston Group inc. et Co-operators Compagnie d'assurance-vie à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration du régime d'assurance, 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 des sources non exhaustive 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.johnstongroup.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 du participant _____ Date _____

CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
1 888 558-7609 • info@johnstongroup.ca