



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

**Veillez inscrire vos numéros
d'entreprise et de certificat**

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

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 complet de la personne assurée _____

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 entièrement à votre charge? Oui Non

2. Est-ce que l'enfant à charge travaille à temps plein ou à temps partiel? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez le nombre d'heures par semaine _____

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

Dans l'affirmative, 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'heures pour que ce programme soit considéré comme un programme à temps plein : _____

Nombre d'heures 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 :

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

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 reconnais qu'aucune prestation ne sera payable avant que l'assureur approuve la présente demande. J'autorise Group Medical Services (GMS), Johnston Group inc., ses agents et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la souscription, à l'administration et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à ce régime d'avantages sociaux et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possèdent des renseignements pertinents à mon sujet, mon conjoint ou mes enfants à charge. 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. Il est entendu 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. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date _____