

**DEMANDE DE PROTECTION  
POUR PERSONNES À CHARGE  
AYANT DÉPASSÉ L'ÂGE LIMITE**Veuillez inscrire vos numéros  
de police et de certificat

N° de police

N° 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](http://www.johnstongroup.ca) ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

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

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_