



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 aux études à temps plein. Veuillez retourner le présent formulaire dûment rempli à l'adresse indiquée ci-dessous.

Nom de la personne assurée _____

Nom de la personne à charge _____ Date de naissance de la personne à charge (AAAA/MM/JJ) _____

1. Est-ce que la personne à charge est entièrement à votre charge? Oui Non

2. Est-ce que la personne 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 la personne à charge est inscrite 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'étudiante ou 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'étudiante ou de l'étudiant : _____

Date prévue de l'obtention du diplôme : _____

Si l'étudiante ou 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 consignés dans le formulaire sont exacts et complets. J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance vie, Johnston Group inc., leurs agents et leurs agentes, et leurs prestataires de services à utiliser et à communiquer des renseignements aux fins de la souscription, de l'administration et du règlement des demandes déposées au titre de ce régime d'avantages sociaux avec toute personne ou organisation possédant des renseignements pertinents à mon sujet, à celui de ma conjointe ou de mon conjoint ou à celui des personnes à ma charge. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles des renseignements peuvent être obtenus comprend des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organisations ou personnes. Cette autorisation est également valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant les personnes à ma charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties de ce régime. Je prends acte du fait 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. Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date _____

CENTRE DE SERVICE NATIONAL
1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4 • 1 888 558-7609

Les produits d'assurance soins médicaux et dentaires sont souscrits par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et distribués par Johnston Group inc. L'assurance voyage est souscrite par La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, membre du Groupe Co-operators limitée, et est administrée par Allianz Global Assistance, dénomination commerciale enregistrée de Services AZGA Canada inc. et d'Agence d'assurances AZGA Canada Ltée.

Administré par Johnston Group inc.
 **LES SOCIÉTÉS
DES MIEUX
GÉRÉES** Membre
platine

RP_requestforoveragedependentcoverage_0824_f