

Demande de prolongation de la couverture pour étudiant à charge ayant dépassé l'âge de dépendance

Ce formulaire doit être rempli au moins une fois par année par l'employé(e) qui désire faire une demande pour un enfant étudiant ayant dépassé l'âge de dépendance aux termes du contrat. La personne à charge doit être un enfant ayant dépassé l'âge de dépendance tel que spécifié dans votre contrat et fréquentant à temps plein une institution d'enseignement reconnue. Un nouveau formulaire doit être rempli avant le 31 août de chaque année si la personne à charge retourne, en tant qu'étudiant à temps plein, aux études en septembre de la même année, à une institution d'enseignement reconnue.

N'inscrivez ci-dessous que les renseignements demandés pour les personnes à charge ayant dépassé l'âge de dépendance et qui fréquentent à temps plein une institution d'enseignement reconnue.

Renseignements de l'employé(e)

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Personne à charge #1

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____/____/____
 Nom de l'institution d'enseignement reconnue _____ Semestre/année où l'enfant sera inscrit à temps plein ____/____/____ au ____/____/____
 JJ / MM /AAAA JJ / MM /AAAA

Personne à charge #2

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____/____/____
 Nom de l'institution d'enseignement reconnue _____ Semestre/année où l'enfant sera inscrit à temps plein ____/____/____ au ____/____/____
 JJ / MM /AAAA JJ / MM /AAAA

Personne à charge #3

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____/____/____
 Nom de l'institution d'enseignement reconnue _____ Semestre/année où l'enfant sera inscrit à temps plein ____/____/____ au ____/____/____
 JJ / MM /AAAA JJ / MM /AAAA

Remarque : L'assurance d'une personne à charge qui a dépassé l'âge de dépendance admissible prend fin automatiquement dans n'importe laquelle des conditions suivantes :

1. Elle atteint l'âge de dépendance limite qui figure sur le contrat,
2. Elle se marie,
3. Elle arrête de fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue, ou
4. L'assurance de l'employé(e) prend fin pour quelque raison que ce soit.

Je, soussigné, certifie par la présente que les renseignements ci-dessus au sujet des enfants à ma charge sont exacts au meilleur de ma connaissance. Je comprends qu'Assomption Vie pourra à tout moment exiger qu'une preuve soit fournie par l'institution d'enseignement reconnue confirmant l'inscription à temps plein de la personne à charge. De plus, je comprends que je suis responsable de signifier par écrit au détenteur de la police, dans les 7 jours, tout changement au sujet des enfants à ma charge qui pourrait avoir un effet sur l'assurance.

Signature de l'employé(e) _____

_____ Date (JJ/MM/AAAA)