

Déclaration d'admissibilité d'une personne à charge ayant dépassé l'âge limite

Employé: À compléter en ENTIER pour la personne à charge admissible qui a entre 21 et 25 ans et qui est inscrite à temps plein à l'université ou dans un autre établissement d'enseignement post-secondaire, tel que défini dans le guide de référence.

INFORMATIONS SUR L'EMPLOYÉ (VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET PARAFER TOUTE ERREUR OU TOUTE MODIFICATION.)

Nom de l'entreprise :		Numéro de client :		Numéro du groupe :	
Nom de famille :		Prénom :		Date de naissance :	
		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin			
Adresse :				N° d'app. :	C.-P. :
Ville :			Province :		Code Postal :
Téléphone :			Courriel :		

INFORMATION #1 SUR LA PERSONNE À CHARGE QUI EST AUX ÉTUDES

Nom de famille :		Prénom :		Date de naissance :	
		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin			
Nom de l'établissement post-secondaire :			Numéro d'identification de l'étudiant :		Date de graduation prévue : aaaa/mm/jj
Adresse :			N° d'app. :		C.-P. :
Ville :			Province :		Code Postal :
Programme :			Inscrit depuis le :		Inscrit à :
Statut : <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Étudiant dans un programme avec stage coopératif <input type="checkbox"/> Étudiant à temps partiel <input type="checkbox"/> Étudiant à distance <input type="checkbox"/> Cours par correspondance					

INFORMATION #2 SUR LA PERSONNE À CHARGE QUI EST AUX ÉTUDES

Nom de famille :		Prénom :		Date de naissance :	
		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin			
Nom de l'établissement post-secondaire :			Numéro d'identification de l'étudiant :		Date de graduation prévue : aaaa/mm/jj
Adresse :			N° d'app. :		C.-P. :
Ville :			Province :		Code Postal :
Programme :			Inscrit depuis le :		Inscrit à :
Statut : <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Étudiant dans un programme avec stage coopératif <input type="checkbox"/> Étudiant à temps partiel <input type="checkbox"/> Étudiant à distance <input type="checkbox"/> Cours par correspondance					

DÉCLARATION ET AUTORISATION POUR LA COLLECTE ET LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Toute l'information que j'ai fournie dans ce formulaire est exacte et complète au meilleur de ma connaissance et je comprends qu'aucun avantage ne sera payable avant que l'assureur approuve cette demande. J'autorise Benecaid à amasser, à utiliser, à maintenir et à divulguer des renseignements personnels relatifs à cette demande aux fins de l'administration du plan, de l'évaluation, de l'enquête, de la gestion de la demande, de la souscription et de la détermination de l'admissibilité au plan. Cette autorisation est également valide pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils sont appropriés pour l'administration des avantages couverts par ce plan. Une preuve du statut d'étudiant peut être requise au moment de la réclamation, d'une enquête ou d'une vérification. Je reconnais que des informations plus détaillées quant à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels peuvent être consultées dans la section Police sur www.benecaid.com. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation aura la même portée que l'original.

ATTESTATION DE L'EMPLOYÉ

Signature:	Date : (aaaa/mm/jj)
------------	---------------------

INFORMATION

Ce formulaire n'est pas requis dans le cas où l'étudiant aurait une lettre du bureau du registraire mentionnant son statut d'élève à temps plein pour le trimestre / l'année en cours et indiquant le statut à temps plein pour le trimestre / l'année en cours et que les frais ont été entièrement payés. La confirmation de l'inscription d'une personne à charge dans une institution scolaire reconnue doit être soumise à chaque trimestre / année, jusqu'à ce que l'étudiant atteigne l'âge de vingt-cinq ans ou lorsqu'il obtiendra son diplôme, selon la première éventualité. L'admissibilité de la personne à charge prend fin lorsque : 1) elle atteint l'âge maximal pour être une personne à charge ; 2) l'inscription dans un établissement accrédité prend fin ; 3) lorsque l'admissibilité du membre du plan d'assurance prend fin.

Veuillez soumettre votre demande complétée à :

Benecaid Health Benefit Solutions Inc.
185 The West Mall, bureau 800, Toronto, Ontario M9C 5L5
Courriel : servicesClients@benecaid.com ou Téléc : 1-877-797-7449
Tél : 1-877-797-7448