

Confirmation de fréquentation scolaire

Le présent formulaire doit être rempli par l'employé assuré. Il est utilisé quand un employé veut une protection pour personne à charge qui a plus de 21 ans et qui est étudiant à temps plein. Cette protection est pour les personnes à charge âgées de 21 ans et s'étend jusqu'à leur 25^e anniversaire, (26^e anniversaire au Québec), à condition que:

- la personne à charge ne soit pas mariée;
- la personne à charge soit entièrement à la charge de l'employé assuré;
- la personne à charge soit aux études à temps plein, dans un établissement d'enseignement reconnu.

Nom de l'employé _____ N° d'entreprise _____ N° de certificat _____

Nom de l'enfant à charge _____ Lien de parenté avec l'enfant à charge _____

Âge actuel 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 travail à temps plein ou à temps partiel? _____ N^{bre} d'heure par semaine _____

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

Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse de l'établissement d'enseignement. _____

Quelle est l'année académique à laquelle l'enfant à charge est présentement inscrite? _____

Quelle est la date à laquelle la présente année académique prendra fin? _____

Si l'enfant à charge désire retourner aux études à temps plein après cette date, veuillez préciser quand. _____

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 conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

Aux fins de l'administration du régime d'avantages sociaux, de toute évaluation, de toute enquête, de la gestion des demandes de règlement, de la souscription et pour déterminer l'admissibilité au régime, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce^{MC} à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels concernant la présente demande. La liste non exhaustive de sources à partir desquelles l'information peut être puisée comprend des professionnels de la santé ou d'établissement de santé, des compagnies d'assurance, d'autres organisations ou personnes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

Des renseignements détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels se trouvent à la section « Politique de confidentialité » du site www.lecollectifdeschambres.ca. Ils peuvent également être obtenus auprès de l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie du présent consentement est aussi valide que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____