

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 dépend financièrement de vous? Oui Non

2. Est-ce que l'enfant à charge travail à temps plein ou à temps partiel? _____ N^{bre} d'heures par semaine _____

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

Nom de l'établissement d'enseignement _____

À quelle date les cours ont-ils commencé? (AAAA/MM/JJ) _____

Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Je déclare 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 le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, 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 non exhaustive des sources 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 présent régime.

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 ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

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

Signature de l'employé _____ Date _____