

## Confirmation de fréquentation scolaire

Le présent formulaire doit être rempli par la personne employée assurée lorsque celle-ci désire une protection pour personne à charge qui a plus de 21 ans et qui est étudiante ou étudiant à temps plein. Cette protection est pour les personnes à charge âgées de 21 ans et s'étend jusqu'à leur 25<sup>e</sup> anniversaire (26<sup>e</sup> anniversaire au Québec), à condition que :

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

Nom de la personne employée \_\_\_\_\_ Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_ Numéro 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? \_\_\_\_\_ Nombre 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 pour la collecte et 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.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce et ses compagnies d'assurance 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 des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organismes 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 » du site [www.lecollectifdeschambres.ca](http://www.lecollectifdeschambres.ca) ou auprès de l'administratrice ou l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie de la présente Déclaration et autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de la personne employée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_