

Une personne à charge excédant la limite d'âge se définit comme tout enfant ayant atteint l'âge auquel il/elle devient indépendant/e selon les termes de la proposition maîtresse mais demeure une personne à charge légale. (i.e. étudiant/e à plein temps dans un collège accrédité ou université). La couverture pour personne à charge excédant la limite d'âge se termine le 31 août chaque année, donc le membre du régime doit faire une nouvelle demande si l'enfant s'inscrit pour la prochaine année scolaire.

Information sur le membre du régime

Nom de l'employeur/l'entreprise			
No du groupe		Certificate Number	
Nom de famille		Prénom	
Adresse	Ville ou Municipalité	Province	Code postal

Veuillez lister l'information **seulement** pour les personnes à charge excédant la limite d'âge et qui requièrent la couverture en tant qu'étudiant/e dans une école/collège accrédité ou université.

Information sur la personne à charge

Nom de famille de la personne à charge		Prénom de la personne à charge	
Lien de parenté avec le membre du régime	Date de naissance (jj/mm/aa)	Sexe attribué à la naissance Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	
1er jour de l'année scolaire	Dernier jour de l'année scolaire 31 août / _____ année courante		
Nom de l'école/collège accrédité/université (Facultatif)			

Note: La couverture pour personne à charge excédant la limite d'âge se termine le 31 août chaque année, donc le membre du régime doit faire une nouvelle demande si l'enfant s'inscrit pour la prochaine année scolaire.

Authorization

Lors de la terminaison de la couverture, le membre du régime doit retourner la/les cartes de(s) personne(s) à charge à son employeur.

Note: La couverture pour personne(s) à charge admissible(s) se termine lors de l'occurrence de l'une des conditions suivantes:

1. L'étudiant/e atteint l'âge maximum tel que défini dans le contrat
2. Se marie
3. Cesse d'être enrollé dans une école/collège accrédité/université comme étudiant/e à plein temps ou
4. La couverture du membre se termine avec SécurIndemnité

Je certifie, qu'au meilleur de ma connaissance, les informations ci-dessus sont véridiques, correctes et intégrales et confirme avoir l'autorisation de représenter mon/ma conjoint/e et personnes à charge lors de demandes d'admissibilité ou pour l'administration quotidienne de mon régime de soins de santé. J'autorise également SécurIndemnité, les fournisseurs de soins de santé, assureurs, administrateurs gouvernementaux, ou autres fournisseurs de régimes de soins de santé travaillant avec SécurIndemnité à échanger toutes informations nécessaires, y compris celles sur cette demande, pour l'administration de mon régime de soins de santé.

Signature du membre du régime

Signature du membre du régime	Caractères d'imprimerie	Date de la signature (jj/mm/an)
Autorisation du commanditaire de plan	Caractères d'imprimerie	Date de la signature (jj/mm/an)

Veuillez compléter le formulaire et le retourner à:
 Courriel: eligibilityupdates@claimsecure.com Facsimile: 1-705-673-5968
 ou postez: SÉCURINDEMNITÉ INC. CP 6500 SUCCURSALE A SUDBURY ON P3A 5N5 Téléphone: 1-888-513-4464