

Assurance collective

Demande de prolongation de la couverture des étudiants à charge (Veuillez remplir les sections 1, 2 et 4.)

Demande de cessation de la couverture des étudiants à charge (Veuillez remplir les sections 1, 3 et 4.)

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse électronique suivante : Helpdesk.flexit360@telus.com OU

par la poste à : **TELUS Santé, a/s Flexit360 Benefits Help Desk, 25 York St, Toronto, ON M5J 2V5**

1 Renseignements généraux	Nom du promoteur de régime MHI		Numéro(s) de contrat		Numéro de participant	
	Nom de famille du participant			Prénom		
	Adresse du participant		Ville	Province	Code postal	
	Nom de famille de la personne à charge	Prénom	Lien avec le participant	Date de naissance de la personne à charge (jj/mm/aaaa)		Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
	Adresse de la personne à charge		Ville	Province	Code postal	
2 Étudiant à temps plein	Les enfants ayant dépassé l'âge limite précisé dans le livret des garanties ont droit à la couverture à condition d'étudier à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu (école, collège ou université). La couverture est prolongée jusqu'au 31 août de l'année scolaire suivante, jusqu'à l'âge limite supérieur précisé dans la définition de personne à charge ou jusqu'à la cessation de la couverture.					
	Nom de l'établissement d'enseignement reconnu			Emplacement de l'établissement d'enseignement		
	Durée de l'année scolaire	Début (jj/mm/aaaa)	Fin (jj/mm/aaaa)			
3 Cessation de la couverture d'un étudiant Ne s'applique que si vous avez un enfant à charge qui a dépassé l'âge limite et n'est plus étudiant.	<input type="radio"/> Je demande la cessation de l'ensemble de la couverture dont bénéficie <u>NOM DE LA PERSONNE À CHARGE</u>			Date de la cessation (jj/mm/aaaa)		
	Raison de la cessation					
4 Signature du participant	<p>Par la présente, je demande l'adhésion à la couverture offerte en vertu du régime d'assurance collective souscrit par le promoteur. Je comprends que mon conjoint et les enfants à ma charge admissibles (personnes à ma charge) peuvent bénéficier de certains éléments de cette couverture.</p> <p>Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. Je comprends qu'en tant que proposant, il m'incombe de voir à ce que toute déclaration verbale ou écrite fournie ultérieurement par moi-même ou par les personnes à ma charge soit à notre connaissance véridique et complète.</p> <p>Je reconnais que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, une partie ou la totalité de la couverture peut m'être refusée ou prendre fin, et les demandes de règlement en découlant, être refusées. J'autorise l'assureur à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels (renseignements) relatifs à ma demande aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications ou du traitement des demandes de règlement, ainsi qu'à des fins d'évaluation, d'enquête, de tarification et de détermination de l'admissibilité au régime. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec l'assureur, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Les personnes à ma charge m'autorisent à signer la présente autorisation en leur nom et à divulguer et recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. J'autorise le promoteur du régime à effectuer les retenues à la source nécessaires, au besoin. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide.</p> <p>Je comprends que tous les renseignements recueillis par TELUS Santé conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements : les employés de TELUS Santé, représentants, réassureurs et prestataires de services dans l'accomplissement de leurs tâches, les personnes que j'ai autorisées et les personnes autorisées par la loi.</p> <p>J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.</p> <p>Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de TELUS Santé en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve sous la section Protection des renseignements personnels, ou en m'adressant au promoteur du régime.</p>					
Veuillez signer et dater ici.	Signature du participant			Date (jj/mm/aaaa)		