

DÉCLARATION D'ADMISSIBILITÉ À TITRE D'ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN

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, mais demeure une personne à charge légale, c.-à-d. un(e) étudiant(e) à plein temps dans un collège accrédité ou une université. La couverture pour personne à charge excédant la limite d'âge se termine le 31 août de chaque année. Le participant du régime doit donc faire une nouvelle demande si l'enfant s'inscrit pour la prochaine année scolaire.

Information sur le participant

Nom de l'employeur			
N° du contrat		N° du certificat	
Nom de famille		Prénom	
Adresse	Ville	Province	Code postal

Veuillez donner 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 agréée, un collège agréé ou une 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 participant du régime		Date de naissance (jj/mm/aa)	
Premier jour de l'année scolaire		Dernier jour de l'année scolaire 31 août /	
Nom de l'école agréée, du collège agréé ou de l'université			

Nom de famille de la personne à charge		Prénom de la personne à charge	
Lien de parenté avec le participant du régime		Date de naissance (jj/mm/aa)	
Premier jour de l'année scolaire		Dernier jour de l'année scolaire 31 août /	
Nom de l'école agréée, du collège agréé ou de l'université			

Note: La présente déclaration doit être fournie deux fois par année, accompagnée d'un horaire de cours ou d'une facture de la maison d'enseignement. La déclaration fournie pour la session d'hiver permet de reconnaître l'enfant à charge pour la période du 1^{er} janvier au 31 août et celle pour la session d'automne permet de reconnaître l'enfant à charge pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre. Les cours à temps partiel ne sont pas admissibles.

Je m'engage à prévenir Medic Solutions si mon enfant à charge interrompt ses études à temps plein, s'il change de maison d'enseignement ou s'il a un conjoint.

Je déclare que les informations ci-dessus sont complètes et véridiques.

J'accepte qu'une photocopie, copie électronique ou copie de toute autre forme de la présente déclaration et de l'autorisation ait la même valeur que l'originale.

Veuillez remplir le formulaire et le retourner à : participant@medicsolutions.ca

Signature du participant

Date (jj / mm / aaaa)