SourceSanté Plus®
Régimes d'Assurance Collective · Administration
Mieux être · Régimes de Retraite

DEMANDE D'ASSURANCE POUR ENFANTS AYANT ATTEINT L'ÂGE LIMITE

A: Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur:

B: Renseignements sur l'employé

Nom de famille	Prénom	Numéro de police	Numéro de Certificat

C: Enfants à charge

Enfant à charge 1

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (JJMMAAAA)	Sexe
			☐ Homme ☐ Femme

Nom de l'établissement scolaire reconnu / du collège / de l'université	L'enfant à charge est inscrit en tant qu'étudiant à temps plein Du : (JJMMAAAA) Au : (JJMMAAAA) Lorsque l'enfant à charge est inscrit en tant qu'étudiant à temps plein : un nouveau formulaire et une nouvelle preuve devront être soumis chaque année avant le 31 août.

Enfant à charge 2

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (JJMMAAAA)	Sexe
			☐ Homme ☐ Femme

Nom de l'établissement scolaire reconnu / du collège / de l'université	L'enfant à charge est inscrit en tant qu'étudiant à temps plein Du : (JJMMAAAA) Au : (JJMMAAAA) Lorsque l'enfant à charge est inscrit en tant qu'étudiant à temps plein : un nouveau formulaire et une nouvelle preuve devront être soumis chaque année avant le 31 août.

D: Signature de l'employé

Date	Signature de l'employé

PREUVE D'INSCRIPTION REQUISE. VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE POUR NOS DOSSIERS

Une lettre de l'établissement scolaire indiquant que l'enfant est étudiant à temps plein ou une copie du reçu démontrant que les frais de scolarité sont payés sont considérées des preuves d'inscription. Un nouveau formulaire et une nouvelle preuve devront être soumis au début de chaque année scolaire.

Lorsque vous aurez rempli le formulaire, veuillez l'envoyer par télécopieur à votre centre de service de SourceSanté Plus :

Toronto & (416) 445.2222	**Montréal** (514) 331.6486	**Niagara** (905) 688.9368

Si vous avez des questions, veuillez appeler au 1 (877) 331-7728