

Demande de prolongation de la couverture des personnes à charge

LA CORPORATION

people

Avantages Sirius

Bénéficiez d'une approche humaine

Avantages Sirius est une entreprise de La Corporation People

Remplissez le présent formulaire, puis envoyez-le par courriel, par télécopieur ou par la poste à Avantages Sirius.

Nom de la personne à charge :		Nom		Prénom	
Date de naissance de la personne à charge :		JJ/MM/AAAA			
Numéro de contrat :		Numéro d'entreprise :		Nom de l'entreprise :	
Numéro de certificat :		Nom du participant :			

La personne à charge ayant dépassé l'âge limite travaille-t-elle?

Oui Non

Si oui, combien d'heures par semaine?

La personne à charge ayant dépassé l'âge limite fréquente-t-elle un collège ou une université?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom et emplacement du collège ou de l'université _____

Programme d'études _____

Durée du programme De _____ À _____

Numéro d'étudiant _____

Si la personne à charge ayant dépassé l'âge limite ne fréquente **pas** un collège ou une université, est-elle atteinte d'une incapacité physique ou mentale grave, incurable et chronique qui fait que vous êtes entièrement responsable de son bien-être financier, mental ou physique?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir une lettre de votre médecin comportant des précisions sur l'incapacité, dont des renseignements sur son apparition, ainsi que le diagnostic complet, le pronostic et la quantité de soins requis.

J'atteste que tous les renseignements présentés sont véridiques et exacts. J'autorise Avantages Sirius et tout autre assureur à échanger les renseignements nécessaires pour déterminer l'admissibilité et administrer le régime. Je comprends qu'il m'incombe de fournir tout renseignement supplémentaire demandé ou toute preuve susceptible d'être considérée comme requise.

Signature du participant		Date	
---------------------------------	--	-------------	--