



DÉCLARATION D'ADMISSIBILITÉ À TITRE D'ÉTUDIANT

Nom de Groupe _____

Groupe n° _____

Division n° _____

Nom de l'employé assuré _____

Certificat n° _____

Administrateur d'Assurance collective de RWAM _____

Date _____

Si votre personne à charge est âgée de 21 ans ou plus, et ne fréquente pas une université ou un collège agréé en tant qu'étudiante à temps plein, elle n'est pas admissible à l'assurance.

DÉCLARATION SUR L'ÉTUDIANT

Je déclare que, selon les renseignements suivants, la personne à charge suivante est admissible/n'est pas admissible :

1. Nom de la personne à charge _____ Date de naissance _____

2. La personne à charge précitée fréquente-t-elle un collège/une université ? Non Oui – Si oui, prière de remplir la partie suivante :

3. Lien de parenté avec l'assuré _____

4. Nom de l'établissement scolaire fréquenté _____

Adresse* _____ N° de tél. _____

_____ N° de téléc. _____

* Si les études se font hors de la province de résidence, prière de remplir le verso.

5. Statut d'étudiant Temps plein Temps partiel

6. L'étudiant est inscrit pour l'année scolaire commençant le ____/____/____ et se terminant le ____/____/____
jj mm aa jj mm aa

7. L'étudiant obtiendra-t-il son diplôme à la fin du semestre susmentionné ? Oui* Non

* Si oui, l'assurance sera résiliée à la fin du mois d'obtention de diplôme ou à la date à laquelle la personne à charge atteint l'âge maximum d'admissibilité, la première de ces dates étant retenue.

Veillez noter :

- Les demandes de prestations de personnes à charge ne peuvent pas être traitées avant que RWAM n'ait reçu la présente déclaration. Si la demande de couverture est approuvée, la protection demeurera en vigueur jusqu'au 31 août de l'année scolaire pertinente (à moins que l'étudiant n'obtienne son diplôme cette année-là).
- Une déclaration doit être soumise pour chaque année scolaire complète pendant laquelle l'étudiant fréquente l'établissement scolaire.
- Si votre personne à charge fréquente un collège ou une université agréée à temps plein, la couverture continue jusqu'à son 25ième anniversaire. Vous ne serez pas prévenu de cette résiliation d'assurance.

Déclaration et consentement :

Je déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire concernant le statut d'étudiante de ma personne à charge sont complets et vrais. Je comprends que la déclaration de renseignements faux ou incomplets peut entraîner l'annulation de toute assurance offerte.

Je comprends que les renseignements que je donne seront utilisés par RWAM, Administrateurs d'assurance (RWAM) et par la compagnie d'assurance afin de déterminer l'admissibilité de ma personne à charge à la couverture et aux prestations d'assurance collective, et pour gérer toutes prestations en vertu de cette assurance. J'autorise, par la présente, l'administrateur de régime de mon employeur, RWAM et la compagnie d'assurance à partager tous renseignements pertinents et nécessaires à ces fins. Je confirme que je suis autorisé à agir au nom de la personne à charge susmentionnée à ces fins. Cette autorisation demeurera en vigueur tant que je fais des demandes de prestations au nom de ma personne à charge, ou jusqu'à ce que je la révoque moi-même.

x

Signature de l'employé _____

Date _____

Veillez remettre ce formulaire à l'administrateur de régime autorisé de votre employeur ou l'envoyer directement à RWAM.



DEMANDE DE PROLONGATION D'ASSURANCE HORS DE PROVINCE/DU CANADA POUR STAGE D'ÉTUDES/DE TRAVAIL D'ÉTUDIANT

Pour les étudiants en stage d'études/de travail qui s'attendent à ce que leurs voyages connexes dépassent la durée de voyage maximum standard en vertu de leur régime d'assurance Hors de province/du Canada

EMPLOYÉ ASSURÉ ET RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT

Groupe RWAM n°	Nom du groupe	N° de certificat de l'employé assuré
Nom de l'employé assuré		Nom de l'étudiant à charge

RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGE D'ÉTUDES/DE TRAVAIL

Nom de l'établissement scolaire ou du programme coop hôte	Emplacement de l'établissement hôte (Province et/ou pays) où le stage d'études/de travail aura lieu
L'élève bénéficie-t-il d'une bourse sportive ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de départ prévue de l'étudiant Année _____ Mois _____ Journée _____	Date de retour* prévue de l'étudiant Année _____ Mois _____ Journée _____
Date de DÉBUT prévue du stage formel d'études/de travail Année _____ Mois _____ Journée _____	Date de FIN prévue du stage formel d'études/de travail Année _____ Mois _____ Journée _____

*N.B. Si la durée du voyage de l'étudiant à charge à l'extérieur de sa province de résidence est prévue dépasser six mois continus (7 mois pour l'Ontario), il faut obtenir une prolongation de l'assurance maladie provinciale du ministère de la santé avant le départ. Veuillez joindre une copie de confirmation de prolongation d'assurance maladie provinciale au présent formulaire.

VOYAGE POSSIBLE

L'étudiant à charge susmentionné prévoit-il voyager vers des destinations AUTRES que l'emplacement de l'institution hôte indiquée ci-dessus ? <input type="checkbox"/> Oui, destination(s) _____
L'étudiant à charge prévoit-il revenir dans sa province de résidence pendant son séjour d'études/de travail ? (par ex., pendant la période des fêtes) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Province de résidence _____ du _____ Année _____ Mois _____ Journée _____ au _____ Année _____ Mois _____ Journée _____

COORDONNÉES

La décision prise sur cette demande de prolongation d'assurance peut être communiquée à la personne-ressource indiquée ci-dessous

Nom de la personne-ressource _____ Relation <input type="checkbox"/> Administrateur de régime <input type="checkbox"/> Employé assuré <input type="checkbox"/> Étudiant
Par fax à ce numéro _____ - _____ - _____ Par courriel à _____

Note : Si cette demande de prolongation d'assurance collective est accordée, elle sera limitée à un maximum de 60 jours combinés de prolongation entre la date de départ et la date de retour, avant et/ou après la période formelle d'études/de travail. Toute garantie au-delà de cette limite de 60 jours doit être acquise en vertu d'une assurance individuelle complémentaire. Veuillez contacter RWAM au 1-877-888-7926, poste 221.

Autorisation :

J'accepte/Nous acceptons que les renseignements fournis dans ce formulaire soient utilisés par RWAM, Administrateurs d'assurance (RWAM) et la compagnie d'assurance afin de déterminer l'admissibilité à la prolongation d'assurance demandée ainsi que toute demande de prestations, et pour la validation, l'administration et le traitement de toute demande de prestations. J'autorise/nous autorisons par le présent formulaire le partage de tous renseignements relatifs à toute demande de prestations pour frais encourus lors de la période de travail/d'études et de prolongation de couverture avec RWAM et la compagnie d'assurance et d'autres parties lorsque nécessaire, pour administrer, traiter et valider l'admissibilité et l'exactitude de toute demande de prestations pour frais encourus Hors de province/du Canada (Hors du pays). Je/nous déclarons que les renseignements donnés dans le présent formulaire sont complets et véridiques. Je sais/nous savons que si toute déclaration est incomplète ou trompeuse, toute période de Prolongation d'assurance accordée pourrait être annulée. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé assuré X _____ Date _____

En plus de l'autorisation donnée ci-dessus, au cas où j'aurais à soumettre des demandes de prestations, je reconnais qu'en tant que réclamant à charge en vertu de la garantie Hors du pays de l'employé, il pourrait être nécessaire de partager tous renseignements relatifs à une demande de prestations avec l'employé assuré, et j'autorise par le présent formulaire le partage de tous renseignements relatifs à une demande de prestations, si nécessaire, avec l'employé assuré. Par exemple, des renseignements relatifs à une demande de prestations peuvent comprendre, entre autres, le statut de ma ou de mes demandes de prestations, le montant des frais des fournisseurs qui peuvent ou non être admissibles en vertu de cette garantie d'assurance Hors du pays, et la décision finale prise sur ma ou mes demandes de prestations.

Signature de l'étudiant à charge X _____ Date _____

À L'USAGE DE RWAM SEULEMENT

Demande de prolongation <input type="checkbox"/> Accordée <input type="checkbox"/> Refusée	Période de prolongation d'assurance accordée
_____ le _____ Année _____ Mois _____ Journée _____	Du _____ Année _____ Mois _____ Journée _____ au _____ Année _____ Mois _____ Journée _____
Initiales de l'Administrateur de RWAM	