

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE GROUPE					
Nom de Groupe		Groupe n°		Div. n°	
Nom de l'employé assuré		Certificat n°			
<i>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.</i>					
DÉCLARATION SUR L'ÉTUDIANT					
L'admissibilité des personnes à charge sera déterminée en fonction des renseignements fournis ci-dessous.					
Nom de la personne à charge /de l'étudiant		Date de naissance			
La personne à charge précitée fréquente-t-elle un collège/une université ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, prière de remplir la déclaration de l'étudiant qui suit					
Lien de parenté avec l'assuré					
Nom de l'établissement scolaire fréquenté					
Adresse de l'établissement scolaire (y compris le pays)					
N° de tél. de l'établissement		Courriel de l'établissement			
<i>Si les études se font hors de la province de résidence, prière de remplir : DEMANDE D'EXTENSION DE LA COUVERTURE HORS DE LA PROVINCE/CANADA POUR LA PÉRIODE D'ÉTUDE OU DE TRAVAIL DE L'ÉTUDIANT</i>					
Statut d'étudiant <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel					
L'étudiant est inscrit pour l'année scolaire commençant le		et se terminant le			
L'étudiant obtiendra-t-il son diplôme à la fin du semestre susmentionné ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					
Veillez noter :					
<ul style="list-style-type: none"> 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 (le 31 décembre s'il ne s'agit que de la session d'automne). 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 (ou selon les conditions de votre régime). Vous ne serez pas prévenu de cette résiliation d'assurance. Vous devriez aviser RWAM si l'étudiant cesse ses études à temps plein pour quelque raison que ce soit. Si votre personne à charge est assurée avant l'âge de 21 ans (ou selon les conditions de votre régime) et qu'elle n'est pas capable de fréquenter un collège ou une université, et qu'elle n'est pas capable d'occuper un emploi pour subvenir à ses propres besoins en raison de son invalidité permanente, veuillez contacter RWAM pour faire une demande de prolongation de couverture. La demande de couverture doit être faite avant le 21ième anniversaire de l'enfant (ou selon les conditions de votre régime). 					
AUTORISATION/DÉCLARATION/CONSENTEMENT					
<p>Je comprends que RWAM Insurance Administrators Inc. (RWAM) et l'assureur utiliseront les renseignements fournis dans ce formulaire pour déterminer l'admissibilité de ma personne à charge à la couverture et aux avantages de l'assurance collective, et pour administrer cette couverture/ces avantages. Je confirme que j'ai le pouvoir d'agir au nom de ma personne à charge et la permission de fournir des renseignements, y compris tout renseignement personnel, à ces fins. J'autorise par la présente l'administrateur du régime de mon employeur, RWAM et l'assureur à échanger tous renseignements pertinents et nécessaires à ces fins. Je comprends et accepte que l'utilisation et l'échange de tout renseignement personnel fourni dans le présent formulaire soient régis par la politique de confidentialité de RWAM qui se trouve à l'adresse www.rwam.com/privacy. Cette autorisation restera valide tant que je demanderai des prestations ou des services pour personnes à charge, à moins que je ne la révoque par écrit. Une copie de ce document sera aussi valable que l'original signé.</p> <p>En signant ci-dessous, j'accepte ce qui précède et je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets, actuels et véridiques. Je comprends que toute couverture accordée peut être annulée si les renseignements que je fournis sont incomplets, périmés ou faux.</p>					
<p>_____</p> <p>Signature de l'employé</p>			<p>Date</p>		
<p>Veillez remettre ce formulaire à l'administrateur de régime autorisé de votre employeur ou l'envoyer directement à RWAM à : csr-groupadmin@rwam.com</p>					



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					
Nom de Groupe		Groupe n°		Div. n°	
Nom de l'employé assuré			Certificat n°		
Nom de la personne à charge/de l'étudiant					
RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGE D'ÉTUDES/DE TRAVAIL					
Nom de l'institution académique d'accueil ou du programme coopératif			L'étudiant reçoit-il une bourse sportive ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Adresse de l'institution d'accueil					
Date de DÉPART prévue		Date de RETOUR prévue			
Date de DÉBUT prévue du terme formel d'étude/de travail		Date de FIN du terme formel d'étude/de travail			
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 compétent avant le départ. (Veuillez joindre une copie de confirmation d'une telle prolongation au présent formulaire.)					
DÉTAILS DE 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « Oui », détails sur la (les) destination(s)					
L'étudiant à charge prévoit-il revenir dans sa province de résidence pendant son terme d'études/de travail ? (par ex., pendant la période des fêtes) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					
Si « Oui », Province de résidence		du		au	
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		Courriel			
Relation : <input type="radio"/> Administrateur de régime <input type="radio"/> Employé assuré <input type="radio"/> Étudiant <input type="radio"/> Autre _____					
Toute demande de prolongation d'assurance collective accordée sera limitée à un maximum de 60 jours combinés de prolongation entre la date de départ et la date de retour, avant 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 supplémentaire. Veuillez contacter RWAM au 1-877-888-7926, courriel : OOC-groupeclaims@rwam.com					
AUTORISATION/DÉCLARATION/CONSENTEMENT					
<p>En signant ci-dessous, nous, l'employé assuré et l'étudiant à charge, confirmons que nous comprenons que RWAM Insurance Administrators Inc. (RWAM) et l'assureur hors de la province/du Canada (Hors du pays) utiliseront les renseignements, y compris les renseignements personnels, fournis dans le présent formulaire pour déterminer l'admissibilité à la prolongation de la couverture demandée ci-dessus et pour valider, administrer et traiter toute demande de prestations Hors du pays. En ce qui concerne une telle demande de règlement, nous autorisons RWAM, l'assureur et tout tiers concerné à divulguer et à échanger tout renseignement, y compris les renseignements personnels, nécessaire à l'administration, au traitement ou à la validation de l'admissibilité et de l'exactitude de cette demande. Nous comprenons et acceptons que l'utilisation et l'échange de tout renseignement personnel fourni dans ce formulaire seront régis par la politique de confidentialité de RWAM située à l'adresse www.rwam.com/privacy.pdf. Nous déclarons et confirmons que les déclarations faites dans ce formulaire sont complètes, actuelles et véridiques et nous comprenons que si une déclaration est incomplète ou fautive, toute extension de couverture accordée peut être annulée par RWAM ou l'assureur ou toute autre partie désignée par eux.</p> <p>De plus, l'étudiant à charge reconnaît et comprend, en signant ci-dessous, que dans le cas d'une demande de prestations Hors du pays, il pourrait être nécessaire de divulguer et d'échanger des renseignements pertinents relatifs aux demandes de prestations, qui peuvent comprendre des renseignements personnels, avec l'employé assuré, et il autorise et consent par la présente à une telle divulgation et à un tel échange par RWAM, l'assureur ou le tiers concerné. Les renseignements relatifs aux demandes de prestations peuvent comprendre - sans s'y limiter - des renseignements personnels sur l'étudiant à charge, l'état actuel de toute demande de prestations, les coûts des fournisseurs (qui peuvent ou non être admissibles au paiement de prestations en vertu de la présente couverture) et toute décision prise à l'égard de toute demande de prestations. La présente autorisation restera valide tant que je demanderai des prestations ou des services pour personnes à charge, à moins que je ne la révoque par écrit. Une copie de ce document a la même valeur que l'original signé.</p>					
_____ Signature de l'employé assuré			Date		
_____ Signature de l'étudiant à charge			Date		
À L'USAGE DE RWAM SEULEMENT					
Demande de prolongation : <input type="radio"/> Accordée <input type="radio"/> Refusée		le	Initiales	Période de prolongation d'assurance accordée du	au