



FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE PERSONNE À CHARGE

MEMBRE DU RÉGIME	
Nom et prénom de la personne membre	
Numéro d'employé(e)	
Adresse	
Téléphone	
Courriel	
RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE A CHARGE ADULTE	
Nom et prénom de la personne à charge	
Date de naissance (mm/jj/aaaa)	
Adresse (si elle diffère de celle de la personne membre du régime)	
DÉCLARATION DE PERSONNE A CHARGE ADULTE — ÉTUDIANT OU ÉTUDIANTE	
<input type="checkbox"/> Je déclare que la personne à charge dont j'ai indiqué le nom à la section B étudie à plein temps conformément à la définition de personne à charge qui figure dans ma brochure d'avantages sociaux.	
Les personnes à charge âgées de 18 à 24 ans (26 au Québec, uniquement pour l'assurance médicaments) sont admissibles à la couverture si elles fréquentent à plein temps un établissement d'enseignement, un collège, une école ou une université agréée. Veuillez-vous reporter à la brochure sur les avantages sociaux pour avoir d'autres précisions.	
Nom de l'établissement d'enseignement	
Emplacement de l'établissement d'enseignement	
Date de début de l'inscription (mm/jj/aaaa)	
Date de fin de l'inscription (mm/jj/aaaa)	
RETRAIT DE LA PERSONNE A CHARGE ADULTE DU RÉGIME	
(remplir cette section si la personne à charge adulte ne fréquente plus d'établissement d'enseignement).	
<input type="checkbox"/> Je déclare que la personne à charge dont le nom est indiqué à la section B N'ÉTUDIE PAS à plein temps selon la définition de personne à charge qui figure dans la brochure relative à mes avantages sociaux.	
Comme la personne à charge n'étudie pas à plein temps, je reconnais qu'elle cesse d'être couverte par ce régime à compter de la date à laquelle le Centre d'avantages sociaux reçoit cette déclaration signée.	
Je déclare que les énoncés formulés dans le présent document sont exacts et complets. Je déclare également que je suis la tutrice ou le tuteur, l'aidante ou l'aidant ou le parent de la personne à charge.	
Je comprends que toute fausse déclaration, tout renseignement inexact ou dissimulé ou toute omission de remplir toutes les sections du questionnaire peut annuler la couverture des personnes à charge dont j'ai indiqué le nom. Les personnes à ma charge m'autorisent à consentir à signer le présent formulaire de déclaration, en leur nom, comme si elles le signaient elles-mêmes, et à divulguer et à recevoir leurs renseignements, aux fins de l'administration de ces avantages sociaux.	
Je reconnais que je pourrais devoir remplir ce formulaire chaque année.	
Signature de la personne membre du régime	
Date (mm/jj/aaaa)	