

# DEMANDE DE PROLONGATION DE LA COUVERTURE POUR ÉTUDIANT À CHARGE (21 ET PLUS)



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8  
6700, boulevard Pierre-Bertrand, bureau 300, Québec (Québec) G2J 0B4  
Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181  
Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943  
info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

## Police

Ce formulaire doit être rempli au moins une fois par année par l'adhérent(e) qui désire faire une demande pour un enfant étudiant ayant dépassé l'âge d'admissibilité aux termes du contrat. La personne à charge doit être un enfant de 21 ans et plus et de moins de 26 ans et fréquentant à temps plein (3 cours minimum) une institution d'enseignement reconnue. Un nouveau formulaire doit être rempli avant le 31 août de chaque année si la personne à charge retourne, en tant qu'étudiant à temps plein, aux études en septembre de la même année, à une institution d'enseignement reconnue.

N'inscrivez ci-dessous que les renseignements demandés pour les personnes à charge ayant dépassé l'âge d'admissibilité et qui fréquentent à temps plein une institution d'enseignement reconnue.

RENSEIGNEMENTS DE L'ADHÉRENT				
Nom		Prénom		
Adresse		Résidence	Bureau	Ville
Province	Code postal	Téléphone		Résidence Bureau

PERSONNE À CHARGE #1		
Nom	Prénom	Date de naissance (jour / mois / année)
Nom de l'institution d'enseignement reconnue	Semestre/année où l'enfant sera inscrit à temps plein (jour / mois / année au jour / mois / année) au	

PERSONNE À CHARGE #2		
Nom	Prénom	Date de naissance (jour / mois / année)
Nom de l'institution d'enseignement reconnue	Semestre/année où l'enfant sera inscrit à temps plein (jour / mois / année au jour / mois / année) au	

PERSONNE À CHARGE #3		
Nom	Prénom	Date de naissance (jour / mois / année)
Nom de l'institution d'enseignement reconnue	Semestre/année où l'enfant sera inscrit à temps plein (jour / mois / année au jour / mois / année) au	

Remarque : L'assurance d'une personne à charge qui a dépassé l'âge d'admissibilité prend fin automatiquement dans n'importe laquelle des conditions suivantes :

1. Elle atteint 26 ans,
2. Elle se marie,
3. Elle arrête de fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue, ou
4. L'assurance de l'adhérent(e) prend fin pour quelque raison que ce soit.

DÉCLARATION	
Je, soussigné certifie par la présente que les renseignements ci-dessus au sujet des enfants à ma charge sont exacts autant que je sache. Je comprends que MédicAssurance pourra à tout moment exiger qu'une preuve soit fournie par l'institution d'enseignement reconnue confirmant l'inscription à temps plein de la personne à charge. De plus, je comprends que je suis responsable de signifier par écrit MédicAssurance, dans les 7 jours, tout changement au sujet des enfants à ma charge qui pourrait avoir un effet sur l'assurance.	
Signature de l'adhérent <small>(Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)</small>	Date de la signature (jour / mois / année)