

INSTRUCTIONS

1. L'admissibilité d'une personne à charge est confirmée à chaque année. Veuillez remplir un formulaire pour chaque enfant à charge âgé de plus de 21 ans.
2. Ce formulaire doit être signé et daté par l'employé assuré avant d'être envoyé directement à Wawanesa Life.
3. La preuve d'inscription n'est pas requise à ce moment. Cependant, Wawanesa Life se réserve le droit de faire une demande confirmant l'inscription, à temps plein, à un institut, collège ou université accrédité.)
4. Si nous avons besoin de précisions, nous communiquerons avec vous directement.

IDENTIFICATION

- | | |
|---|---|
| 1. (a) Titulaire de police: | (b) N° de groupe |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 2. Nom de l'employé(e) | (c) N° de certificat |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Prénom | Nom de famille |

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE A CHARGE

1. Nom de la personne à charge _____ Date de naissance _____
 2. L'enfant réside-t-il avec vous ? Oui Non Si la réponse est « non », veuillez préciser. _____
 3. L'enfant est-il un étudiant à temps plein dans une école, un collège ou une université ? Oui Non
 Nom de l'établissement d'enseignement : _____
 Adresse de l'établissement : _____
- Période de la session:
 Septembre – Décembre Janvier – Avril Année complète (Septembre – Avril)
- Si votre enfant doit recevoir un diplôme à la fin de cette session ou de cette année scolaire, veuillez s'il vous plaît nous aviser de la date prévue: _____
4. L'enfant travaille-t-il ? Oui Non
 Si oui : Temps plein Nombre d'heures par semaine _____
 Temps partiel Nombre d'heures par semaine _____
 5. Si votre enfant a atteint l'âge de 21 ans ou plus, n'est pas aux études à temps plein et est incapable d'occuper un emploi pour subvenir à ses propres besoins en raison d'infirmité mentale ou physique, il/elle continuera d'être assuré(e). Veuillez s'il vous plaît indiquer les détails de cette condition ci-dessous :

AVIS CONCERNANT LES RESEIGNEMENTS PERSONNELS

Vous avez déjà donné votre consentement à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life pour qu'elle recueille, utilise et communique vos renseignements personnels en vue d'établir et de maintenir la communication avec vous, assurer des risques de façon prudente, faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement, détecter et prévenir les actes frauduleux, offrir des produits et des services qui répondent à vos besoins et compiler les statistiques et agir conformément à la loi. Ce consentement s'appliquait aux renseignements personnels communiqués à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life à ce moment-là et à ceux qui pourraient être communiqués par la suite.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, Bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à www.wawanesalife.com.

J'atteste que les renseignements donnés sont exacts et complets.

 Signature de l'employé(e)

 Date