

# Demande de prolongation de la couverture pour personne à charge pour le Québec



## Promoteur du régime

Nom du magasin		No. du magasin
Nom du participant	Adresse du participant	
Ville	Province	Code Postal

## Étudiant à temps plein

**Note importante : Si votre personne à charge est étudiant à temps plein, veuillez joindre une preuve de scolarité. La preuve de scolarité peut être une lettre de l'école, du collège ou de l'université, la preuve de l'inscription ou l'horaire des cours.**

Prénom de la personne à charge		Nom de la personne à charge	
Lien de parenté avec le participant	Date de naissance de la personne à charge (aa/mm/jj)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse de la personne à charge	Ville	Province	Code Postal
Nom de l'École/Collège/Université			
Adresse de l'École/Collège/Université			
Date du début des cours (aa/mm/jj)		Date de la fin des cours (aa/mm/jj)	

**Veillez noter : L'assurance se terminera automatiquement le 31 décembre ainsi que le 31 août de l'année en cours, à moins de recevoir une preuve de scolarité.**

J'atteste que toutes les déclarations, représentations et réponses contenues dans la présente demande sont véridiques, complètes et entières, qu'elles soient imprimées ou écrites à la main, et que l'assurance demandée est émise moyennant considération de celles-ci.

Chez HED Courtier en Assurance Inc., nous savons que la confidentialité des informations personnelles est très importante. Toutes les informations que vous nous transmettez seront conservées dans un dossier d'assurance collective. Les informations contenues au dossier ne seront accessibles que par :

- nos employés et représentants dans l'accomplissement de leur emploi ;
- les personnes à qui vous en avez donné le droit par écrit ;
- les personnes autorisées par la loi.

Sur demande, vous avez toujours le droit de consulter votre dossier et, si nécessaire, corriger toutes informations erronées.

HED Courtier en Assurance Inc. s'engage à respecter votre vie privée et à préserver la confidentialité des renseignements transmis, et ce, avec les meilleurs moyens dont elle dispose, afin de protéger les données personnelles vous concernant, ainsi que tous les renseignements ayant trait à vos activités professionnelles et financières qui se rapportent à l'un ou l'autre des dix principes de confidentialité prescrits par la Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques ([www.privcom.gc.ca](http://www.privcom.gc.ca)). Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'engagement du groupe HED Courtier en Assurance Inc. envers la confidentialité et la sécurité des renseignements, veuillez visiter notre site web : [www.hedinc.com/fr](http://www.hedinc.com/fr).

Signature du participant	Date de signature (aa/mm/jj)
--------------------------	------------------------------