SourceSanté Plus
Régime D'Assurance Collective - Administration Du Régime

DEMANDE D'ASSURANCE POUR ENFANTS MAJEURS (âge selon la définition contractuelle)

Renseignements sur l'employé

Nom de famille	Prénom	N° de police	N° de certificat

Enfant à charge N° 1

Nom de famille	Prénom	Date de naissance

Nom de l'établissement scolaire reconnu/collège/université	**Masculin** ☐ **Féminin** ☐	
	L'enfant à charge sera inscrit comme étudiant à temps plein pour la période suivante **du**_____ **jj/mm/aa** **au**_____ **jj/mm/aa**	

Enfant à charge N° 2

Nom de famille	Prénom	Date de naissance

Nom de l'établissement scolaire reconnu/collège/université	**Masculin** ☐ **Féminin** ☐	
	L'enfant à charge sera inscrit comme étudiant à temps plein pour la période suivante **du**_____ **jj/mm/aa** **au**_____ **jj/mm/aa**	

_____ **x**_____

Date Signature de l'employé

Une fois complété, veuillez faire parvenir ce formulaire par télécopieur à votre centre de service SourceSantéPlus :

Numéros de télécopieur :

Toronto (416) 445-2222 Montréal (5l4) 331-6486 Niagara (905) 688-9368