

**Assurance maladie et hospitalisation pour étudiantes et étudiants internationaux**

Université de Moncton / GREAT WEST LIFE, n° 170846

**Admissibilité**

Pour être admissible à une couverture sous ce régime, le proposant

- Doit être aux études à l'Université de Moncton
- Doit être âgé de 65 ans ou moins; et
- Ne doit pas être couvert par un régime provincial ou territorial d'assurance maladie au Canada

**Réservé au Campus**
 **Campus d'Edmundston**
 **Campus de Moncton**
 **Campus de Shippagan**

Date d'entrée en vigueur (j/m/a) :

Date de fin (j/m/a) :

Nombre de mois :

Prime totale :

Prime payée :

Numéro d'étudiant(e) :

**SECTION A – Renseignements sur l'étudiant(e)**

Nom :

Prénom :

Second prénom :

Sexe :

 F

 H

Date de naissance (j/m/a) :

Pays d'origine :

Date d'arrivée au Canada (j/m/a) :

Numéro, rue :

App. :

Ville :

Province :

Code postal :

Adresse courriel :

Numéro de téléphone :

**SECTION B – Renseignements sur les personnes à charge. Si l'espace ci-dessous ne suffit pas veuillez joindre une feuille distincte (signée et datée) et y indiquer tous les renseignements personnels demandés.**

Statut matrimonial :

 Célibataire

 Marié(e)

 Cohabite depuis quelle date (j/m/a) :

 Autre (Précisez) :

	Nom	Prénom	Date de naissance (j/m/a)	Sexe
Conjoint :			/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Enfant :			/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H

**Conjoint :**

- est légalement mariée ou unie civilement à un adhérent;
- vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.
- le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'un adhérent.

**Enfant à charge :**

- a moins de 21 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent à la tutelle légale ou avait la tutelle légale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent aurait la tutelle légale s'il était mineur;
- est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, aurait la tutelle légale sur la personne déficiente si elle était mineure. Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement d'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

Le conjoint et les enfants du proposant peuvent être couverts à condition que la prime nécessaire soit payée.

**SECTION C – Désignation ou modification de bénéficiaires. Si l'espace ci-dessous ne suffit pas veuillez joindre une feuille distincte (signée et datée) et y indiquer tous les renseignements personnels demandés.**

Remplissez cette section lisiblement, en caractères d'imprimerie et à l'encre.  
Le total des sommes réparties entre plusieurs bénéficiaires désignés doit équivaloir à 100 %.

**Je désigne par les présentes, à titre de bénéficiaire(s) révocable(s) de mon assurance mort accidentelle :**

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj-mm-aaaa	% de la somme due	Lien avec l'étudiant(e)

**Adresse postale complète du bénéficiaire**

**Nomination d'un fiduciaire**

Si un bénéficiaire désigné est mineur ou n'a pas la capacité juridique requise, vous pouvez nommer un fiduciaire. La nomination d'un fiduciaire n'est pas toujours appropriée. Nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire envisagé.

Par les présentes, je désigne \_\_\_\_\_ à titre de fiduciaire pour recevoir les sommes de mon assurance au nom d'un bénéficiaire mineur. J'autorise le fiduciaire à utiliser ces sommes exclusivement et à sa discrétion pour le soutien, l'entretien, l'éducation et au profit du bénéficiaire.

**Protection de vos renseignements personnels**

Le Groupe Assurance Cowan reconnaît l'importance de conserver les renseignements personnels dans la plus stricte confidentialité. Tous les renseignements que vous nous donnez seront conservés dans nos dossiers. L'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels seront réservées exclusivement à nos employés et à des organismes autorisés par le Groupe Assurance Cowan pour vous fournir des produits et des services, ainsi qu'aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès, y compris des fournisseurs de soins de santé, des administrateurs, des consultants et des professionnels de la santé, et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels versés à votre dossier et, s'il y a lieu, de corriger les erreurs. J'autorise le Groupe Assurance Cowan à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels et ceux des personnes à ma charge pour administrer mon dossier, conformément à la Politique sur la protection des renseignements personnels de Cowan, disponible à l'adresse [www.cowangroup.ca](http://www.cowangroup.ca) ou sur demande.

**SECTION D - Autorisation et déclarations**

**\*À remplir par l'étudiant(e), son/sa conjoint(e) et toutes personnes à charge âgées de 18 ans ou plus.**

J'ai pris connaissance, comprends et suis en accord avec le contenu de cette section de ce formulaire intitulée « Protection de vos renseignements personnels ». J'autorise le Groupe Assurance Cowan ltée, le personnel autorisé de l'Université de Moncton, tous fournisseurs de soins de santé, l'administrateur de mon régime, autre compagnie d'assurance et réassurance, administrateurs gouvernementaux d'avantages sociaux ou autres programmes d'avantages sociaux, autres organisations, ou fournisseurs de services travaillant avec Cowan ou les susmentionnés d'échanger de l'information personnelle, lorsque pertinent et nécessaire, pour déterminer mon admissibilité de couverture et administrer le régime. J'autorise l'utilisation de mon numéro de certificat en tant que numéro d'identification lorsque nécessaire pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

J'accepte qu'une reproduction de la présente ou une copie électronique de ce document soit valide autant que l'original.

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance.

Signature de l'étudiant(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

**Conjoint(e) (s'il y a lieu) et/ou personnes à charge (s'il y a lieu) âgées de 18 ans ou plus**

Nom du (de la) conjoint(e) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

**Personnes à charge (s'il y a lieu) âgées de 18 ans ou plus**

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)