

Demande de couverture pour une personne à charge invalide ayant dépassé l'âge limite

Instructions <i>Veillez imprimer toutes les réponses</i>	<ol style="list-style-type: none"> Communiquez avec Manion pour obtenir les critères d'admissibilité à la couverture prévue par votre régime. Veillez vous assurer que TOUTES les sections sont remplies, y compris celle qui doit l'être par un médecin. Section 1 – à remplir par l'administrateur du régime. Section 4 – à remplir par un médecin. Sections 2, 3 et 5 – à remplir par le participant au régime. S'il y a lieu, conservez une photocopie pour vos dossiers. 		
1 – Renseignements sur l'administrateur du régime <i>À remplir par Manion.</i>	Nom du régime		Division du participant
	Numéro de contrat	N° de certificat du participant	Nom du participant
	J'ai pris connaissance des dispositions relatives à la couverture pour une personne à charge ayant dépassé l'âge limite qui sont décrites dans la brochure. Je confirme que le participant au régime soussigné et la personne à charge remplissent les conditions d'admissibilité pour cette couverture. Signature de l'administrateur du régime : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____		
Veillez remplir la section ci-dessous.			
2 – Renseignements sur le participant	Nom du participant		Prénom du participant
	Adresse	Ville	Prov. Code postal
	Nom de la personne à charge		Prénom de la personne à charge
	Lien avec le participant	Date de naissance de la personne à charge (JJ/MM/AAAA)	Sexe
	Adresse de la personne à charge (si elle est différente de celle du participant)	Ville	Prov. Code postal
3 – Renseignements sur la personne à charge invalide	La personne à charge invalide habite-t-elle dans votre résidence 365 jours par année? Oui Non Si vous avez répondu « non », veuillez fournir des précisions : _____		
	Quel est le niveau d'éducation de la personne à charge invalide? _____		
	La personne à charge invalide a-t-elle déjà occupé un emploi? Oui Non Si vous avez répondu « oui », veuillez indiquer la date de l'emploi le plus récent et donner une description du type d'emploi. Date (JJ/MM/AAAA) : _____ Type d'emploi : _____		
	La personne admissible invalide est-elle admissible :	a) à des prestations au titre d'un régime de l'État? b) à des prestations d'assurance soins médicaux, d'assurance soins dentaires ou d'invalidité au titre d'un autre régime?	Oui Non Oui Non
	Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, veuillez fournir tous les détails : _____		
Êtes-vous la seule personne à subvenir aux besoins de la personne à charge invalide? Oui Non			

	Si vous avez répondu « non », veuillez fournir des précisions :			
	Veuillez confirmer que la personne à charge invalide était couverte en tant que personne à charge ayant dépassé l'âge limite au titre d'un régime d'assurance collective précédent.			
	Compagnie d'assurance	Numéro de contrat	Numéro de certificat	Date de cessation de la couverture (JJ/MM/AAAA)
4 – À remplir par le médecin traitant	Nom du médecin		Prénom du médecin	
	Adresse du médecin		Ville	Prov. Code postal
	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse de courriel	
	1. Quel est le diagnostic clinique et quels sont la nature et le degré du handicap mental ou physique? Veuillez fournir des précisions.			
	2. Quand le diagnostic ci-dessus a-t-il été posé? (JJ/MM/AAAA)		3. Quand le patient a-t-il été examiné la dernière fois? (JJ/MM/AAAA)	
	4. Dans quelle mesure le handicap mental ou physique empêche-t-il la personne d'exercer des activités normales?			
	5. Quel type de travail cette personne peut-elle accomplir?			
	6. Veuillez indiquer les dates auxquelles cette personne n'a pas été en mesure de travailler ou de fréquenter un établissement d'enseignement à plein temps en raison de son invalidité.			
	7. Considérez-vous que ce patient est totalement invalide? Oui Non Depuis quand? (JJ/MM/AAAA)			
	8. Cette invalidité est-elle : Temporaire Permanente Quelle est la durée probable de l'invalidité?			
	9. S'il s'agit d'une déficience fonctionnelle, veuillez préciser laquelle : Intellectuelle Langage – parole Organique Mentale Auditive (joindre les résultats du test auditif) Visuelle (joindre les résultats du test) Motrice Multiple (veuillez préciser lesquelles) : La déficience est-elle : Temporaire Permanente			
	10. Avez-vous d'autres remarques ou observations à formuler?			
	Je DÉCLARE que les renseignements contenus dans la présente section sont à ma connaissance véridiques. Signature du médecin : Date (JJ/MM/AAAA) :			

<p>5 – Signature du participant</p> <p><i>Veillez signer et inscrire la date ici.</i></p>	<p>Par la présente, je demande l'adhésion à la couverture offerte au titre du régime d'assurance collective émis à l'intention de mon promoteur de régime. Il est entendu que mon conjoint et les enfants à ma charge admissibles peuvent bénéficier de certains éléments de cette couverture. Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. Je comprends qu'en tant que demandeur, il m'incombe de voir à ce que toute déclaration verbale ou écrite fournie ultérieurement par moi-même ou par les personnes à ma charge soit à notre connaissance véridique et complète. Je reconnais que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, une partie ou la totalité de la couverture peut m'être refusée ou prendre fin, et les demandes de règlement en découlant, être refusées. Je consens à ce que les renseignements personnels fournis dans la présente demande soient recueillis, utilisés, conservés et communiqués aux fins d'administration des régimes d'assurance collective, d'audit, d'évaluation, d'enquête, de gestion des demandes de règlement, de sélection des risques et de détermination de l'admissibilité du régime. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements, notamment tout professionnel de la santé, établissement ou prestataires de soins de santé, organisme de réglementation professionnel, employeur, administrateur de régime collectif, assureur, organisation d'enquête et administrateur d'autres programmes d'avantages sociaux, à recueillir, à utiliser, à conserver, et à échanger ces renseignements entre eux et avec Manion, ou à ses fournisseurs de services, aux fins précisées ci-dessus. Les personnes à ma charge m'autorisent à signer la présente autorisation en leur nom, et à divulguer et recevoir ces renseignements à leur sujet aux fins précisées ci-dessus. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide.</p> <p>Je comprends que tous les renseignements recueillis par Manion conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. L'accès à mes renseignements sera limité aux personnes suivantes : employés, représentants et fournisseurs de services de Manion, qui en ont besoin dans l'accomplissement de leurs tâches; les personnes que j'ai autorisées; et les personnes autorisées par la loi.</p> <p>J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels contenus dans mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.</p> <p>Je reconnais que la politique de confidentialité de Manion explique plus en détail comment et pourquoi Manion recueille, utilise, conserve et communique mes renseignements personnels. Cette politique peut être consultée sur Manion.com.</p> <p>Signature du participant : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____</p>
<p>Adresse postale Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :</p>	<p>Manion Wilkins & Associates 21 Four Seasons Place, bureau 500 Toronto (Ontario) M9B 0A5 Aux soins de : Services administratifs</p>