

Demande de couverture pour une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite Assurance collective

DIRECTIVES - Veuillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie.

1. Veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime pour connaître les conditions d'admissibilité à la couverture.
2. Veuillez voir à ce que TOUTES LES PARTIES soient remplies, y compris celle s'adressant au médecin.

Partie 1 - Doit être remplie en premier par l'administrateur du régime.

Partie 4 - Doit être remplie par le médecin traitant.

Parties 2, 3 et 5 - Doivent être remplies par le participant.

3. Si nécessaire, conservez une copie dans vos dossiers.

1 Renseignements sur le promoteur de régime

Veuillez lire et remplir la section ci-contre si vous êtes l'administrateur d'un régime autogéré.

Promoteur de régime	Numéro(s) de contrat	Compte/division du participant
Adresse du promoteur de régime	Numéro de certificat du participant	Nom du participant
<p>J'ai passé en revue les dispositions de notre contrat souscrit auprès de la Financière Manuvie qui ont trait à la couverture des personnes à charge ayant dépassé l'âge limite. Je confirme que le participant soussigné et la personne à sa charge répondent aux conditions d'admissibilité à la couverture demandée.</p>		
Signature de l'administrateur de régime	Date (jj/mmmm/aaaa)	Adresse électronique de l'administrateur de régime

2 Renseignements sur le participant

Veuillez remplir ce qui suit.

Nom de famille du participant	Prénom	
Adresse	Ville et province	Code postal
Nom de famille de la personne à charge	Prénom	
Lien avec le participant	Date de naissance de la personne à charge (jj/mmmm/aaaa)	Sexe
Adresse de la personne à charge si elle diffère de celle du participant	Ville et province	Code postal

3 Renseignements sur la personne à charge handicapée

La personne à charge handicapée vit-elle sous votre toit à longueur d'année? Oui Non
Si non, veuillez expliquer.

--

La personne à charge handicapée a-t-elle déjà exercé un emploi? Oui Non

Si oui, veuillez préciser la date d'emploi la plus récente et décrire le genre d'emploi exercé.

Date (jj/mmmm/aaaa)	Genre d'emploi exercé
---------------------	-----------------------

La personne à charge handicapée a-t-elle droit à :

a) des prestations en vertu d'un régime de l'État? Oui Non

b) des prestations d'invalidité, d'assurance maladie ou soins dentaires en vertu d'un autre contrat d'assurance collective? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez fournir des précisions.

--

Êtes-vous le seul soutien de la personne à charge handicapée? Oui Non

Si non, veuillez expliquer.

--

Veuillez indiquer si la personne à charge était couverte auparavant par un autre régime d'assurance collective à titre de personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite.

Assureur	Numéro de contrat	Numéro de certificat	Date de cessation de la couverture (jj/mmmm/aaaa)
----------	-------------------	----------------------	---

4 À remplir par le médecin traitant

Nom de famille du médecin		Prénom	
Adresse du médecin		Ville et province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		Adresse électronique
1. Quel est le diagnostic clinique et quels sont la nature et le degré du handicap physique ou mental? Veuillez fournir des précisions.			
2. Quand le diagnostic ci-dessus a-t-il été posé? (jj/mmmm/aaaa)		3. Quand le patient a-t-il été examiné pour la dernière fois? (jj/mmmm/aaaa)	
4. Dans quelle mesure le handicap physique ou mental empêche-t-il la personne d'exercer des activités normales?			
5. Quel genre de travail la personne peut-elle accomplir?			
6. Veuillez indiquer les dates auxquelles le patient a été incapable de travailler ou de fréquenter l'école à temps plein en raison de l'invalidité.			
7. Quel est le pronostic?			
8. Auriez-vous d'autres remarques ou observations à formuler?			
Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente partie sont véridiques.			
Signature du médecin			Date (jj/mmmm/aaaa)

5 Signature du participant

Par la présente, je demande l'adhésion à la couverture offerte en vertu du régime d'assurance collective souscrit par le promoteur auprès de la Financière Manuvie (Manuvie). **Je comprends** que mon conjoint et les enfants à ma charge admissibles (personnes à ma charge) 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 proposant, 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 décaissant, être refusées. **J'autorise** Manuvie à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels (renseignements) relatifs à ma demande aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications ou du traitement des demandes de règlement, ainsi qu'à des fins d'évaluation, d'enquête, de tarification et de détermination de l'admissibilité au régime. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à signer la présente autorisation en leur nom et à divulguer et recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** le promoteur du régime à effectuer les retenues à la source nécessaires, au besoin. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je désigne** la (les) personne(s) indiquée(s) dans la Désignation de bénéficiaire comme bénéficiaire(s).

Je comprends que tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site www.manuvie.ca/assurancecollective ou en m'adressant au promoteur du régime.

Signature du participant _____ **Date (jj/mmmm/aaaa)** _____

Veuillez signer et dater ici.

6 Directives d'envoi

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : **Administration – Participants au régime Financière Manuvie**
P.O. Box 2026
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1

This document is also available in English on request (GL0514E).