

**DEMANDE DE PROTECTION
POUR PERSONNES À CHARGE
HANDICAPÉES AYANT DÉPASSÉ L'ÂGE LIMITE**

**Veillez inscrire vos numéros
d'entreprise et de certificat**

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

Nom complet de la personne assurée _____

Nom de la personne à charge _____

Âge actuel de la personne à charge _____

Lien de parenté de la personne à
charge avec la personne assurée _____

Date de naissance de la
personne à charge (AAAA/MM/JJ) _____

1) Est-ce que la personne à charge handicapée est entièrement à votre charge? Oui Non

2) La personne à charge handicapée est-elle admissible à des prestations

a) d'un régime public? Oui Non

b) d'une assurance maladie, d'une assurance soins dentaires ou d'une assurance invalidité d'un autre régime d'assurance collective?
 Oui Non

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez préciser.

3) Est-ce que vous ou votre conjoint déclarez cette personne à charge comme « personne à charge handicapée » aux fins de l'impôt?
 Oui Non

Dans l'affirmative, vous devez nous fournir une copie du plus récent *Avis de cotisation* que vous avez reçu de l'Agence du revenu du Canada indiquant le nom de la personne à charge handicapée et la durée de son admissibilité au crédit d'impôt.

Dans la négative, vous devez présenter une demande à l'Agence du revenu du Canada et nous faire parvenir votre *Avis de cotisation*.

Veillez demander au médecin traitant de la personne à charge de remplir la *Déclaration du médecin traitant* qui suit.

Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Je reconnais qu'aucune prestation ne sera payable avant que l'assureur approuve la présente demande. J'autorise Group Medical Services (GMS), Johnston Group inc., ses agents et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la souscription, à l'administration et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à ce régime d'avantages sociaux et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possèdent des renseignements pertinents à mon sujet, mon conjoint ou mes enfants à charge. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Il est entendu qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site www.johnstongroup.ca. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

(À remplir par le médecin traitant de la personne à charge handicapée. Les frais pour remplir le présent formulaire sont à la charge de la personne assurée.)

1) Date du début de l'invalidité

2) Nature et degré de l'invalidité

3) Handicaps ou restrictions résultant de l'invalidité

4) La personne à charge est-elle capable de travailler contre rémunération ou profit? Oui Non

5) Pronostic de l'état actuel. L'état est-il permanent ou peut-il s'améliorer?

Renseignements sur le médecin

Nom _____ Spécialité _____

Adresse _____

Numéro de téléphone (_____) _____

Signature _____ Date _____
