❑ Demande de règlement en suspens

EnContinu[MC]

JG100-CY

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

Veuillez inscrire vos numéros de police et de certificat

Numéro de police	Numéro de certificat

Le présent formulaire doit être rempli par le participant pour demander la prolongation de la protection d'une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite de 21 ans. Le présent formulaire doit être accompagné d'un rapport ou d'une lettre du médecin personnel de la personne à charge confirmant la date du début de l'invalidité, le diagnostic et le pronostic posés ainsi que l'incapacité de la personne à charge de travailler déterminée par le médecin.

Nom du participant _____

Nom de l'enfant à charge _____ Date de naissance _____
AAAA/MM/JJ

1. La personne à charge depend-elle financièrement de vous 365 jours par année? ❑ Oui ❑ Non
2. La personne à charge a-t-elle déjà travaillé? ❑ Oui ❑ Non

   Si « Oui », indiquez la dernière date d'emploi et décrivez le type d'emploi.

   _____

3. La personne à charge est-elle admissible à des prestations :

   a) aux termes d'un régime d'État? ❑ Oui ❑ Non

   b) d'assurance maladie ou d'assurance soins dentaires aux termes d'un autre régime? ❑ Oui ❑ Non

   Si « Oui », veuillez préciser :

   _____

4. Êtes-vous le seul soutien de la personne à charge? ❑ Oui ❑ Non

   Si « Non », veuillez préciser :

   _____

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

Je déclare, par la présente, que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets et que l'enfant à charge a une invalidité totale et permanente. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

J'autorise Johnston Group à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. 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 régime.

J'ai été avisé(e) 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 ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date _____

CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
1 888 558-7609 • info@johnstongroup.ca