

**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 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 conjointe ou 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 à la ou au médecin traitant de la personne à charge de remplir la *Déclaration de la ou 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 consignés dans le formulaire sont exacts et complets. J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance vie, Johnston Group inc., leurs agents et leurs agentes, et leurs prestataires de services à utiliser et à communiquer des renseignements aux fins de la souscription, de l'administration et du règlement des demandes déposées au titre de ce régime d'avantages sociaux avec toute personne ou organisation possédant des renseignements pertinents à mon sujet, à celui de ma conjointe ou de mon conjoint ou à celui des personnes à ma charge. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles des renseignements peuvent être obtenus comprend des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organisations ou personnes. Cette autorisation est également valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant les personnes à ma charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties de ce régime. Je prends acte du fait 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 copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date _____

**CENTRE DE SERVICE NATIONAL
1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4 • 1 888 558-7609**

Les produits d'assurance soins médicaux et dentaires sont souscrits par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et distribués par Johnston Group inc. L'assurance voyage est souscrite par La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, membre du Groupe Co-operators limitée, et est administrée par Allianz Global Assistance, dénomination commerciale enregistrée de Services AZGA Canada inc. et d'Agence d'assurances AZGA Canada Ltée.

Administré par Johnston Group inc.
 **LES SOCIÉTÉS
LES MIEUX
GÉRÉES** Membre
platine

RP_disableddependent_0824_f

DÉCLARATION DE LA OU DU MÉDECIN TRAITANT

(À remplir par la ou 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 la ou le médecin

Nom _____ Spécialité _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Signature _____ Date _____