

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

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Numéros d'entreprise/de division \_\_\_\_\_

Nom de la personne à charge \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec l'employé \_\_\_\_\_

Date de naissance de la personne à charge (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ Date du début de l'invalidité (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Nature de l'invalidité \_\_\_\_\_

1) La personne à charge ayant une déficience vit-elle avec vous et est-elle entièrement à votre charge?  Oui  Non

- 2) La personne à charge ayant une déficience 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 ayant une déficience » aux fins de l'impôt?  Oui  Non

Dans l'affirmative, vous devez nous fournir une copie de la plus récente lettre d'approbation du *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées* de l'Agence du revenu du Canada indiquant le nom de la personne à charge ayant une déficience 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 une copie de la lettre d'approbation de votre *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées* lorsqu'il aura été approuvé.

**Veuillez 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 conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs 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.avantagemaximum.ca](http://www.avantagemaximum.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 de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

(À remplir par le médecin traitant de la personne à charge ayant une déficience. Les frais pour remplir le présent formulaire sont à la charge de l'employé.)

Nom de la personne à charge \_\_\_\_\_ Date de naissance de la personne à charge \_\_\_\_\_

1) État actuel du diagnostic de l'enfant

---

---

---

2) Quand la condition susmentionnée a-t-elle été diagnostiquée?

---

3) Quand l'enfant a-t-il été examiné la dernière fois?

---

4) Type et posologie ou fréquence de la médication ou du traitement prescrit

---

---

---

5) Handicaps ou restrictions résultant de l'invalidité

---

---

---

6) La personne à charge a-t-elle besoin d'aide pour exécuter ses tâches quotidiennes?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

---

7) La personne à charge ayant une déficience est-elle capable de travailler contre rémunération ou profit?  Oui  Non

8) 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 \_\_\_\_\_