Manuvie

Demande de couverture pour une personne à charge nécessitant une attention particulière 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

Promoteur de régime : | Numéro(s) de contrat : | Compte/division du participant :

Adresse du promoteur de régime : | Numéro de certificat du participant : | Nom du participant :

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

J'ai passé en revue les dispositions de notre contrat souscrit auprès de 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.

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*: ◯ Homme ◯ Femme ◯ Non-binaire

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, selon votre sexe biologique actuel.
Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

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 nécessitant une attention particulière

1. La personne à charge vit-elle sous votre toit à longueur d'année? ◯ Oui ◯ Non

Si **non**, veuillez expliquer.

2. La personne à charge a-t-elle déjà exercé un emploi? ◯ Oui ◯ Non

Si **oui**, veuillez indiquer les dates de l'emploi le plus récent et décrire le genre d'emploi exercé.

Date de début (jj/mmmm/aaaa) : | Date de fin (jj/mmmm/aaaa) : | Heures par sem. : | Genre d'emploi exercé :

3. La personne à charge a-t-elle déjà fréquenté un établissement d'enseignement? ◯ Oui ◯ Non

Si **oui**, veuillez fournir des précisions.

Date(s) la (les) plus récente(s) (jj/mmmm/aaaa) : | Heures par sem. : | Type d'établissement:

Suite à la page suivante.

3. Renseignements sur la personne à charge nécessitant une attention particulière (suite)

4. La personne à charge 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.

5. Êtes-vous le seul soutien de la personne à charge? ◯ Oui ◯ Non

Si **non**, veuillez expliquer.

6. Veuillez indiquer si la personne à charge était couverte auparavant par un autre régime d'assurance collective à titre de personne à charge ayant dépassé l'âge limite. Si **oui**, veuillez fournir des précisions ci-dessous. ◯ Oui ◯ Non

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 l'invalidité 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 d'invalidité physique ou mental empêche-t-il le patient d'exercer des activités normales?

5. Le patient a-t-il besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne? ◯ Oui ◯ Non

Si **oui**, veuillez fournir des détails.

6. Quel genre de travail le patient peut-il accomplir?

7. 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.

8. Quel est le pronostic?

9. Considérez-vous que le patient est totalement invalide? ◯ Oui ◯ Non

10. L'invalidité est-elle ◯ temporaire **ou** ◯ permanente?

11. 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 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 découlant, 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 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/participant** ou en m'adressant au promoteur du régime.

Veuillez signer et dater ici.

Signature du participant : _____

Date (jj/mmmm/aaaa) : _____

6. Directives d'envoi

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Tarification médicale, Assurance collective
Manuvie
P.O. Box 1900, Station C
Kitchener (Ontario) N2G 4R4

Impression

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

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.