

Demande de confirmation d'état d'invalidité totale et permanente pour un enfant à charge

Nom de l'employé _____ N° d'entreprise _____ N° de certificat _____

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

Âge actuel de la personne à charge _____ Date de naissance de la personne à charge (J/M/A) _____

1. Est-ce que l'enfant à charge est entièrement à votre charge? Oui Non
2. La personne à charge invalide est-elle admissible à des prestations
 - a) d'un régime public? Oui Non
 - b) d'une assurance soins médicaux complémentaire, d'une assurance soins dentaires ou d'une assurance invalidité d'un autre régime d'assurance collective? Oui Non

Si vous répondez « Oui » 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

Si vous répondez « Oui », vous devez nous fournir une copie du plus récent *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées* que vous avez reçu 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.

Si vous répondez « Non », vous devez présenter une demande à l'Agence du revenu du Canada et nous faire parvenir votre *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées*.

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

Je déclare que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce 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 présent régime.

Des renseignements détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels se trouvent à la section « Politique de confidentialité » du site www.lecollectifdeschambres.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 invalide. Les frais pour remplir le présent formulaire sont à la charge de l'employé.

Nom de l'enfant à charge _____ Date de naissance de l'enfant à charge (J/M/A) _____

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 invalide est-elle capable de travailler contre rémunération ou profit? Oui Non

5. L'état de la personne à charge invalide est-il permanent ou peut-il s'améliorer?

Renseignements sur le médecin

Nom _____ Spécialité _____

Adresse _____

Numéro de téléphone (_____) _____

Signature _____ Date _____