

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

Nom de la personne employée _____ Numéro d'entreprise _____ Numéro 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 (AAAA/MM/JJ) _____

1. Est-ce que l'enfant à charge dépend financièrement de vous? 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 conjointe ou 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 à la ou au médecin traitant de la personne à charge de remplir la *Déclaration du médecin traitant* qui suit.

Déclaration et autorisation pour la collecte et 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 le Régime d'assurance collective des chambres de commerce et ses compagnies d'assurance 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 des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organismes 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 » du site www.lecollectifdeschambres.ca ou auprès de l'administratrice ou l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie de la présente Déclaration et autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de la personne employée _____ Date _____

Déclaration de la ou du médecin traitant

À remplir par la ou le médecin traitant de la personne à charge invalide. Les frais pour remplir le présent formulaire sont à la charge de la personne employée.

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

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 la ou le médecin

Nom _____ Spécialité _____

Adresse _____

Numéro de téléphone (_____) _____

Signature _____ Date _____