

FORMULAIRE POUR LES ENFANTS À CHARGE INVALIDES

Ce formulaire doit être utilisé pour un enfant invalide d'un participant au régime.

Le masculin singulier est ici utilisé comme générique pour désigner des personnes, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

PARTIE A – À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ			
Nom de l'employeur	N° de groupe	N° de division	N° de certificat
Nom de l'employé (prénom, second prénom, nom de famille)			
Nom de la personne à charge (prénom, second prénom, nom de famille)			Date de naissance (jj/mm/aaaa)
L'enfant à charge invalide réside-t-il avec vous, et assurez-vous entièrement sa subsistance? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Un Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées a-t-il été envoyé à l'Agence du revenu du Canada (ARC) aux fins de l'impôt sur le revenu? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – si oui, veuillez envoyer une copie de tout document d'approbation émis par l'ARC.			
Je confirme que je suis légalement autorisé à agir au nom de la personne à ma charge et à consentir à cette autorisation en son nom relativement à ses renseignements personnels.			
J'autorise la divulgation de renseignements médicaux et sur la santé consignés au dossier de la personne à ma charge à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) ou à ses agents autorisés aux fins de l'évaluation de cette demande et de l'administration du régime d'assurance collective. Ces renseignements médicaux et sur la santé comprennent, sans s'y limiter, les copies de l'ensemble des rapports de consultation, notes cliniques, résultats de tests et dossiers d'hospitalisation.			
Je comprends que :			
<ul style="list-style-type: none">• je peux mettre fin à ce consentement en tout temps, mais que mon consentement est nécessaire à l'évaluation de ma demande; et• je suis responsable des frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.			
Je confirme qu'une copie ou une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.			
Les renseignements médicaux et sur la santé excluent les résultats de tests génétiques.			
Signature de l'employé X			Date (jj/mm/aaaa)

PARTIE B – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT	
Nature de l'invalidité	Date du début de l'invalidité
1. Quels sont le diagnostic clinique, la nature et le degré de l'incapacité mentale ou physique? Veuillez fournir des détails :	
2. Dans quelle mesure l'incapacité mentale ou physique limite-t-elle la capacité de la personne à exercer des activités normales?	
3. La personne a-t-elle besoin d'aide dans le cadre d'activités de la vie quotidienne, comme pour se laver, s'habiller, se nourrir, se servir des toilettes, se déplacer et la continence? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – si oui, veuillez fournir des détails :	
4. La personne est-elle en mesure de travailler contre rémunération ou profit? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – si oui, quel type de travail peut-elle accomplir?	
5. Quel est le pronostic?	
6. La condition est-elle <input type="radio"/> permanente et stable OU <input type="radio"/> devrait s'améliorer – date prévue à laquelle la personne devrait être en mesure de travailler ou de poursuivre des études : _____	

PARTIE B – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT (suite)

7. Remarques ou observations supplémentaires :

L'information contenue dans la présente déclaration sera conservée dans un dossier auprès du fournisseur d'assurance collective. Le patient ou une tierce partie autorisée par la loi ou à qui l'accès en a été accordé pourrait demander à consulter le dossier.

En fournissant l'information, je consens à ce que celle-ci soit divulguée sans aucune modification.

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent document sont complets et véridiques.

Nom du médecin traitant

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Adresse de courriel

Signature du médecin

X

Date (jj/mm/aaaa)