

Demande de prolongation de couverture d'une personne à charge ayant atteint l'âge limite

Envoi par courriel : adminsupport@peoplecorporation.com

Envoi par la poste : 1403 Kenaston Blvd., Winnipeg (Manitoba) R3P 2T5

Envoi par télécopieur : 204 488-6008

Renseignements sur les demandes de règlement : 1 800 875-7982

Renseignements sur le participant

Nom de la division : _____

Nom du participant : _____ N° de certificat : _____

Renseignements sur les personnes à charge

Nom de la personne à charge : _____

Date de naissance de la personne à charge (JJ/MM/AAAA) : _____

La personne à charge ayant atteint l'âge limite occupe-t-elle un emploi? Oui Non

Si oui, combien d'heures par semaine? _____

La personne à charge ayant atteint l'âge limite fréquente-t-elle un collège ou une université? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom et emplacement du collège ou de l'université : _____

Programme d'études : _____

Durée du programme (MM/AAAA) : De : _____ À : _____

Numéro d'étudiant : _____

Si la personne à charge ayant atteint l'âge limite ne fréquente **pas** un collège ou une université, est-elle atteinte d'une incapacité physique ou mentale grave, incurable et chronique qui fait que vous êtes entièrement responsable de son bien-être financier, mental ou physique? Oui Non

Si oui, veuillez fournir une lettre de votre médecin donnant une description détaillée du handicap. Donnez des précisions sur l'apparition de la maladie, le diagnostic complet, le pronostic et l'étendue des soins requis.

Attestation et signature

J'atteste que tous les renseignements figurant dans le présent formulaire sont véridiques et exacts. J'autorise La Corporation People, tout assureur et tout fournisseur de soins de santé à échanger les renseignements nécessaires pour déterminer l'admissibilité et administrer le régime. Je comprends qu'il m'incombe de fournir tout renseignement supplémentaire ou toute preuve qui pourrait être demandé ou jugé nécessaire. Je reconnais que je n'inscris, aujourd'hui ou ultérieurement, que les personnes à charge qui m'ont autorisé à fournir les renseignements les concernant et qui consentent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements aux fins susmentionnées. J'ai le droit de demander à consulter les renseignements personnels contenus dans mon dossier et, le cas échéant, de faire corriger les renseignements inexacts. Une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Signature du participant _____ Date de signature (JJ/MM/AAAA) _____