

Le présent document contient les deux formulaires dont vous avez besoin pour demander le versement des prestations de maladie grave aux termes de votre police individuelle ainsi que des renseignements sur le processus d'indemnisation.

- > Étape 1 - Afin d'éviter des délais inutiles, veuillez remplir au complet la Partie I intitulée « Déclaration initiale du demandeur ».
- > Étape 2 - Demandez à votre médecin traitant ou spécialiste de remplir la Partie II intitulée « Déclaration initiale du médecin traitant ».
- > Étape 3 - Une fois les deux formulaires remplis, envoyez l'original de votre formulaire de demande de règlement au siège social de la Canada Vie, à l'adresse ci-dessous :

**Service des demandes de règlement,
Protection du vivant
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5**

À noter : Le fait pour la Compagnie de fournir les formulaires de demande de règlement ne signifie pas qu'elle reconnaît sa responsabilité ni qu'elle renonce à ses droits. Il vous incombe de faire remplir tous les formulaires médicaux sans frais à la charge de la Canada Vie.

- > Étape 4 - Une fois que nous aurons reçu vos formulaires, nous vous ferons parvenir un accusé de réception qui précisera le nom et les coordonnées du spécialiste chargé de votre dossier.
- > Étape 5 - Votre spécialiste procédera alors à l'évaluation de votre demande de règlement et vous informera de la décision concernant celle-ci.

COMMENT NOUS JOINDRE

- ♦ Sans frais au 1 877 280-7527, poste 8577#
- ♦ Par télécopieur au 204 946-4030
- ♦ Par courriel à l'adresse cllbclaims@canadalife.com

MISE EN GARDE CONCERNANT LE COURRIER ÉLECTRONIQUE

La protection des renseignements confidentiels de nos clients est importante pour notre compagnie. Bien qu'il s'agisse d'un outil fort utile, le courrier électronique ne constitue pas un moyen sûr d'échanger des données personnelles et confidentielles. Il nous est impossible de garantir la sécurité des communications par courrier électronique. Si vous désirez que nous communiquions avec vous par courriel, veuillez prendre note que nous ne pouvons garantir que les renseignements demeureront confidentiels ni qu'ils ne seront pas interceptés ou lus par un tiers, sur l'internet ou sur l'ordinateur de réception. En nous communiquant votre adresse courriel à la page 2, vous reconnaissez être conscient des risques liés à l'utilisation du courrier électronique et vous les acceptez.

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, conservons, utilisons et divulguons les renseignements personnels pour enquêter sur la ou les demandes de règlement que vous avez présentées à la Canada Vie et pour les évaluer. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse www.canadavie.com.

**PARTIE I :
DÉCLARATION INITIALE DU DEMANDEUR
DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE
CONTRE LES MALADIES GRAVES**

IDENTIFICATION ET COORDONNÉES		
Nom du demandeur	Numéro de téléphone au domicile ____ - ____	Numéro(s) de police
Date de naissance Jour ____ Mois ____ Année ____	Numéro de téléphone cellulaire ____ - ____	
Adresse du domicile Ville _____ Province _____ Code postal _____		Adresse de courriel (facultatif) (Voir la Mise en garde concernant le courrier électronique à la page 1)

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT
<p>1. Nature de la maladie grave (diagnostic) : _____</p> <p>2. Date d'apparition des symptômes : _____ (jj/mm/aa)</p> <p>3. Date de la première consultation médicale : _____ (jj/mm/aa)</p> <p>4. Date du diagnostic : _____ (jj/mm/aa)</p> <p>5. Date de l'intervention chirurgicale, le cas échéant : _____ (jj/mm/aa)</p> <p>6. Avez-vous été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, à quel hôpital? _____ Du : _____ Au : _____ (jj/mm/aa)</p> <p>7. Avez-vous déjà souffert d'une affection semblable dans le passé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez les dates et le nom des médecins consultés : _____ _____ _____</p> <p>8. L'un des membres de votre famille a-t-il déjà souffert d'une affection similaire ou connexe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez son lien de parenté, la nature de la maladie et l'âge auquel la maladie a été diagnostiquée : _____ _____ _____</p>

CONSULTATIONS MÉDICALES
<p>Nom adresse et spécialité du médecin : _____ Date de la première consultation (jj/mm/aa) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

AUTRE ASSURANCE
<p>Indiquez si vous avez une autre assurance contre les maladies graves (que votre demande de règlement ait été approuvée ou non)</p> <p>Nom de l'assureur : _____</p> <p>Police numéro : _____ Montant de la prestation : _____ Date d'établissement : _____ (jj/mm/aa)</p>

LISTE DE VÉRIFICATION DU DEMANDEUR

- La Déclaration initiale du demandeur est-elle dûment remplie?
- La Déclaration initiale du médecin traitant est-elle dûment remplie et signée par le médecin traitant?
- Avez-vous annexé les copies de toutes les preuves médicales requises comme il est demandé sur la Déclaration initiale du médecin traitant?

AUTORISATION ET DÉCLARATION

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé ou de soins de réadaptation, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, toute autre organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie, ou avec ceux précités, à échanger les renseignements personnels nécessaires et pertinents, au besoin, pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières, ou pour effectuer des évaluations indépendantes.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont nécessaires pour enquêter sur ma ou mes demandes de règlement et évaluer ces dernières. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada Vie de traiter ma ou mes demandes de règlement et que tout refus de consentement de ma part peut entraîner un retard dans le traitement de ma ou mes demandes de règlement ou leur refus.

Je peux en tout temps révoquer mon consentement par l'envoi d'un avis écrit en ce sens.

La présente autorisation demeurera valide tant que ma ou mes demandes de règlement n'auront pas pris fin ou jusqu'à ce que je la révoque.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Je déclare que les renseignements contenus dans la présente déclaration et dans toute déclaration faite lors de toute entrevue personnelle ou par téléphone en ce qui concerne mes demandes de règlement sont véridiques et complets. J'accepte que toutes ces déclarations constituent la base de toute indemnisation approuvée.

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur

Date (jj/mm/aa)

J'autorise et j'enjoins La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie à confier tout chèque de règlement relatif à la présente demande à mon conseiller en assurance chargé de la police susmentionnée pour que celui-ci me le remette.

Nom du conseiller (en caractères d'imprimerie)

Numéro de téléphone du conseiller

Signature du demandeur

Date

**PARTIE II :
DÉCLARATION INITIALE DU MÉDECIN TRAITANT
DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE
CONTRE LES MALADIES GRAVES**

LISTE DE VÉRIFICATION DU DEMANDEUR		
Nom (en caractères d'imprimerie)	Numéro de police	Date de naissance Jour _____ Mois _____ Année _____
Adresse		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

AFFECTION

1. Quel est le diagnostic? _____
2. Quelle est la date du diagnostic? _____ (jj/mm/aa)

3. PREUVE EXIGÉE :
 Pour que la présente demande de règlement soit examinée, veuillez fournir une copie de toutes les preuves médicales concernant l'investigation, le diagnostic et le traitement de cette affection y compris les résultats de tests, d'examens de laboratoire, les rapports d'intervention chirurgicale et de consultation.
 Exemple :
 i) Cancer : fournir le rapport de consultation initial, le rapport de pathologie et le rapport d'oncologie.
 ii) Crise cardiaque : fournir tous les rapports d'ECG, les résultats d'examens de laboratoire, les angiographies / laboratoires de cathétérisme et les notes cliniques.

HISTORIQUE DE L'AFFECTION

1. Depuis combien de temps soignez-vous ce patient? _____
2. Ce patient vous a-t-il été référé? Oui Non
 Dans l'affirmative, par qui? _____
3. À quelle date les premiers symptômes de votre patient sont-ils apparus? _____ (jj/mm/aa)
4. Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois en raison de cette affection? _____ (jj/mm/aa)
5. Votre patient a-t-il déjà souffert de l'affection susmentionnée ou de tout trouble connexe? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez fournir les dates et des précisions supplémentaires.

6. Y a-t-il des antécédents familiaux pertinents?

7. Antécédents de tabagisme?

TRAITEMENT

1. Veuillez fournir le nom et l'adresse de tous les autres médecins que votre patient a consultés et des hôpitaux où il a été admis en raison de son affection.

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse <small>(numéro, rue, ville, province, code postal)</small>	Du <small>(jj/mm/aa)</small>	Au <small>(jj/mm/aa)</small>

2. Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

SIGNATURE (veuillez écrire en caractères d'imprimerie ou utiliser un timbre)

Nom	Prénom	Spécialité
Adresse		Numéro de téléphone
Ville	Province	Numéro de télécopieur
Code postal	Signature	Date Jour _____ Mois _____ Année _____

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QU'IL INCOMBE À VOTRE PATIENT DE FAIRE REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE ET D'ACQUITTER LES FRAIS EXIGÉS POUR LE REMPLIR.