

# Votre demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves

Ce document décrit les exigences à remplir pour présenter une demande de prestations de maladie grave aux termes de votre police individuelle.

## Étape 1 : Déclaration initiale du demandeur

- Remplissez la *Déclaration initiale du demandeur (K883(f))*.<sup>1</sup> Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels sur une nouvelle page.
- La déclaration initiale du demandeur dûment remplie nous informe de votre demande de règlement d'assurance maladies graves. Elle nous fournit également des renseignements généraux sur vous ainsi que sur votre santé.

## Étape 2 : Déclaration initiale du médecin

- Demandez à votre médecin de remplir la *Déclaration initiale du médecin (F70-0720)* accessible à partir du site [canadavie.com](http://canadavie.com).<sup>2</sup>
- Afin d'éviter tout retard dans l'évaluation de votre demande de règlement, nous vous recommandons d'inclure des copies de tous les renseignements médicaux pertinents avec la déclaration initiale du médecin, comme les notes cliniques, les rapports de consultation et les résultats d'examen.
- La déclaration initiale du médecin dûment remplie nous fournit des renseignements sur votre problème de santé et sur le plan de traitement.
- Votre médecin peut envoyer la déclaration initiale du médecin dûment remplie par la poste, par courriel ou par télécopieur directement à La Compagnie d'assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) aux coordonnées indiquées ci-dessous.

## Coordonnées

Demandes de règlement, Protection du vivant  
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
CP 6000, Winnipeg MB R3C 3A5

Courriel : [reclamationspv@canadavie.com](mailto:reclamationspv@canadavie.com)

Télécopieur : 204 946-4030

Numéro sans frais : 1 877 280-7527

Consultez [canadavie.com](http://canadavie.com)

## Notre responsabilité

L'examen de votre demande de règlement commencera lorsque nous recevrons votre *Déclaration initiale du demandeur* et la *Déclaration initiale du médecin*.

Lorsque nous recevrons la déclaration initiale du demandeur, nous vous enverrons un accusé de réception ou un courriel dans lequel vous trouverez le nom de votre spécialiste, Demandes de règlement ainsi que ses coordonnées. Ce spécialiste communiquera avec vous dans un délai de dix jours ouvrables à partir du moment où il aura reçu la déclaration initiale du demandeur pour vous expliquer le déroulement de votre demande de règlement et pour obtenir les renseignements supplémentaires qui pourraient être nécessaires.

<sup>1</sup> Le fait que la Canada Vie fournit des formulaires de demande de règlement ne signifie pas qu'elle reconnaît sa responsabilité ni qu'elle renonce à ses droits.  
<sup>2</sup> Vous êtes responsable d'acquitter tous les frais exigés pour remplir les formulaires et pour fournir tout autre renseignement de nature médicale.

## Mise en garde concernant le courrier électronique

La protection des renseignements confidentiels de nos clients est très 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 Internet ou sur l'ordinateur de réception. En nous communiquant votre adresse courriel dans la section 1.6, vous reconnaissez que vous êtes conscient des risques liés à l'utilisation du courrier électronique et que vous les acceptez.

## Protection de vos renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection 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 employés 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 en matière de protection des renseignements personnels ou pour en savoir plus sur nos politiques et nos pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez le site [canadavie.com](http://canadavie.com).



# Déclaration initiale du demandeur

## Demande de règlement d'assurance maladies graves

### 1. Renseignements sur la personne assurée

- 1.1 Numéros de police: \_\_\_\_\_
- 1.2 Nom de la personne assurée : \_\_\_\_\_
- 1.3 Date de naissance (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_
- 1.4 Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_
- 1.5 Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_
- 1.6 Adresse courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_  
Reportez-vous à la section *Mise en garde concernant le courrier électronique*.

### 2. Renseignements sur la demande de règlement

- 2.1 Veuillez décrire la nature et la gravité de la maladie grave dont la personne assurée est atteinte :

- 2.2 Date d'apparition des symptômes (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_
- 2.3 Date de la première consultation médicale (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_
- 2.4 Date du diagnostic (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_
- 2.5 Date de l'intervention chirurgicale, le cas échéant (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_
- 2.6 Avez-vous été admis dans un hôpital?  Oui – veuillez préciser ci-dessous  Non  
Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
Date de l'admission (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_  
Date du congé (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_
- 2.7 Avez-vous déjà souffert d'une affection semblable dans le passé?  
 Oui – indiquez les dates et le nom des médecins consultés ci-dessous  Non

- 2.8 L'un des membres de votre famille a-t-il déjà souffert d'une affection similaire ou connexe?  
 Oui – veuillez préciser ci-dessous  Non  
Indiquez son lien de parenté, la nature de la maladie et l'âge auquel la maladie a été diagnostiquée :

### 3. Consultations médicales

**3.1** Veuillez fournir des précisions sur les médecins ou spécialistes qui ont été consultés.

Nom du médecin ou spécialiste : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_

Nom du médecin ou spécialiste : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_

Nom du médecin ou spécialiste : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_

### 4. Autre assurance

**4.1** Indiquez si vous avez une autre assurance contre les maladies graves (que votre demande de règlement ait été approuvée ou non) :

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Montant de la prestation : \_\_\_\_\_ \$

Date de l'établissement (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Montant de la prestation : \_\_\_\_\_ \$

Date de l'établissement (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Montant de la prestation : \_\_\_\_\_ \$

Date de l'établissement (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_

## 5. Autorisation et signature

Avant que nous puissions traiter votre demande de prestations, vous devez lire la présente entente et fournir une signature manuscrite dans la case ci-dessous.

### Transmission de vos renseignements personnels

Nous recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels pour :

- Examiner et évaluer votre demande de règlement
- Administrer votre demande de règlement
- Vérifier l'évaluation de la demande de règlement

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels et les échanger avec ces personnes ou ces groupes lorsque cela est nécessaire et pertinent aux fins ci-dessus :

- Les prestataires de soins de santé et de soins de réadaptation
- Les spécialistes indépendants
- Les compagnies d'assurance et de réassurance
- Les administrateurs des programmes d'État et de tout autre programme d'avantages sociaux
- Toute personne vous connaissant ou possédant des renseignements sur votre santé
- D'autres organisations ou les prestataires de services qui travaillent avec nous
- **Facultatif** : Le conseiller en assurance chargé de la présente police. Si vous êtes d'accord, veuillez fournir son nom et ses coordonnées.

Nom du conseiller : \_\_\_\_\_

Téléphone ou courriel du conseiller : \_\_\_\_\_

Voulez-vous que la Canada Vie remette tout chèque de prestations payables dans le cadre de cette demande de règlement à votre conseiller en assurance afin qu'il puisse vous le remettre en main propre?

Oui  Non, veuillez envoyer le chèque directement à mon attention

### Protection de vos renseignements personnels

Nous accordons une grande importance à la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous conservons tous vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel dans nos bureaux, ou dans les bureaux d'une organisation qui possède une autorisation. Ces renseignements peuvent être de nature médicale ou psychiatrique. La Canada Vie peut avoir recours à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger. Les seules personnes ayant accès à vos renseignements personnels sont les suivantes :

- Les employés de la Canada Vie et les personnes autorisées, qui en ont besoin pour effectuer leur travail et pour traiter votre demande de règlement
- Les personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès
- Les personnes autorisées par la loi, tant au Canada que dans tout autre territoire où vos renseignements personnels sont conservés

### En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- Vous avez lu et compris le contenu de ce formulaire et vous l'acceptez, et vous nous autorisez à recueillir et à divulguer vos renseignements personnels.
- Sous réserve de restrictions légales et contractuelles, votre autorisation est valable pour la durée de votre demande ou jusqu'à ce que vous l'annuliez par écrit.
- Toutes les déclarations que vous faites en ce qui concerne votre demande de règlement sont véridiques et complètes.
- Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Date de signature (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_

Nom de la personne assurée : \_\_\_\_\_

Numéros de police : \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée