

Votre demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves pour enfant

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

Étape 1 : Déclaration initiale du demandeur

- Remplissez la *Déclaration initiale du demandeur (186 FR)*.¹ 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 pour enfant. Elle nous fournit également des renseignements généraux sur l'enfant et son état de santé.

Étape 2 : Déclaration initiale du médecin

- Demandez médecin de votre enfant de remplir la *Déclaration initiale du médecin (F70-0734)* accessible à partir du site canadavie.com.²
- 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 le problème de santé et sur le plan de traitement de votre enfant.
- Le médecin de votre enfant 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

Télécopieur : 204 946-4030

Numéro sans frais : 1 877 280-7527

Consultez 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.

¹ 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.
² 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 concernant votre enfant 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. Les renseignements personnels de votre enfant 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.



Déclaration initiale du demandeur

Demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves pour enfant

1. Renseignements sur l'assuré

- 1.1 Numéros de police : _____
- 1.2 Nom de l'enfant assuré : _____
- 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 et renseignements connexes

- 2.1 Veuillez décrire la nature et la gravité de l'affection dont l'enfant assuré est atteint :

- 2.2 À quelle date l'enfant assuré a-t-il consulté un médecin autorisé pour la première fois en raison de cette affection?
Date (jour-mois-année) : _____
Nom du médecin autorisé : _____
Adresse (numéro et rue) : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Numéro de téléphone : _____
- 2.3 À quelle date l'affection de l'enfant assuré a-t-elle été diagnostiquée ou, le cas échéant, à quelle date son intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? (jour-mois-année) _____
À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparu? (jour-mois-année) _____
Décrivez ces symptômes : _____
- 2.4 L'enfant assuré a-t-il subi des tests ou des examens relativement au diagnostic?
 Oui, fournissez des précisions et les dates : _____
 Non
- 2.5 L'enfant assuré a-t-il déjà été atteint d'une affection similaire ou a-t-il déjà été traité pour une affection similaire?
 Oui, fournissez des précisions et les dates : _____
 Non

3. Consultations médicales

3.1 Fournissez les renseignements suivants relatifs au médecin personnel de l'enfant assuré.

Nom : _____ Adresse (numéro et rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Date de consultation (jour-mois-année) : _____

3.2 Fournissez des renseignements sur tous les autres médecins ou spécialistes consultés en raison de l'affection de l'enfant assuré.

Nom : _____ Adresse (numéro et rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Date de consultation (jour-mois-année) : _____

Nom : _____ Adresse (numéro et rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Date de consultation (jour-mois-année) : _____

3.3 Si l'enfant assuré a été traité à l'hôpital ou dans tout autre établissement similaire, fournissez les renseignements suivants.

Nom de l'hôpital : _____ Ville : _____

Date de l'admission (jour-mois-année) : _____ Date du congé (jour-mois-année) : _____

Nom de l'hôpital : _____ Ville : _____

Date de l'admission (jour-mois-année) : _____ Date du congé (jour-mois-année) : _____

3.4 Quel autre traitement l'enfant assuré a-t-il reçu ou reçoit-il actuellement en raison de son affection?
(p. ex. médicaments, thérapie, etc.)

Nom de l'établissement : _____ Type de traitement : _____

Médecin prescripteur : _____ Dates (jour-mois-année) : _____

Nom de l'établissement : _____ Type de traitement : _____

Médecin prescripteur : _____ Dates (jour-mois-année) : _____

4. Renseignements généraux

4.1 L'enfant a-t-il une protection aux termes d'une assurance prévoyant une garantie similaire auprès d'une autre compagnie?

Oui, fournissez les renseignements suivants

Non

Nom de l'assureur : _____ Type de garantie : _____

Montant de la garantie : _____ \$ Une demande de règlement a-t-elle été présentée? Oui Non

Nom de l'assureur : _____ Type de garantie : _____

Montant de la garantie : _____ \$ Une demande de règlement a-t-elle été présentée? Oui Non

Nom de l'assureur : _____ Type de garantie : _____

Montant de la garantie : _____ \$ Une demande de règlement a-t-elle été présentée? Oui Non

Nom de l'assureur : _____ Type de garantie : _____

Montant de la garantie : _____ \$ Une demande de règlement a-t-elle été présentée? Oui Non

Dans l'affirmative, fournissez les renseignements suivants :

Nom du spécialiste, Demandes de règlement : _____

Numéro de téléphone : _____

4.2 Fournissez tout autre renseignement que vous jugez pertinent en appui à la demande de règlement visant l'enfant assuré.

5. Votre consentement

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 afin de pouvoir :

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

Nous pouvons recueillir des 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 médecins 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 qui connaît votre enfant ou qui possède des renseignements sur son état de santé
- D'autres organisations ou prestataires de services qui travaillent avec nous
- **Facultatif** : Le conseiller en assurance chargé de la présente police. Si vous êtes d'accord, veuillez fournir le nom et les coordonnées du conseiller.

Nom du conseiller : _____

Numéro de téléphone ou adresse courriel : _____

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 de vos renseignements personnels. Nous conservons tous les renseignements personnels dans un dossier confidentiel dans nos bureaux, ou dans les bureaux d'une organisation qui possède notre autorisation. Ces renseignements peuvent être de nature médicale ou psychiatrique. La Canada Vie peut faire appel 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 des 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 des 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 l'enfant assuré : _____

Nom du père, de la mère ou du tuteur légal : _____

Numéro de téléphone du père, de la mère ou du tuteur légal : _____

Vos numéros de police : _____

X

Signature de l'enfant, s'il est âgé de plus de 18 ans

X

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal, si l'enfant assuré est âgé de moins de 18 ans