

DEMANDE DE RÈGLEMENT FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

Veillez remplir les deux côtés du présent formulaire et l'envoyer à la Canada Vie : Unité des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5.

Au moment d'envoyer votre demande de règlement, assurez-vous d'y joindre les formulaires provinciaux que vous pouvez vous procurer en visitant le site www.canadavie.com ou en téléphonant à notre Unité des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger, au numéro : _____.

Ces formulaires dûment remplis nous permettront de payer les prestations à l'égard des demandes de règlement admissibles et de coordonner les prestations directement avec votre régime d'assurance-maladie provincial ou tout autre assureur.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'employé _____

Adresse postale complète _____

Numéro de téléphone _____ Adresse courriel _____

Employeur _____ Régime n° _____ Numéro d'identification _____

J'autorise par les présentes la divulgation des renseignements ou données nécessaires relativement à ma demande de règlement auprès de la Canada Vie ou auprès de l'un de ses agents autorisés, et je certifie que ces renseignements sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature de l'employé _____ Date _____

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse, www.canadavie.com.

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient _____ Date de naissance _____

Lien avec l'employé _____ Raison du voyage _____

Date de départ _____ Date de retour prévue _____

Date de retour réelle _____ Pays visité _____ Devise _____

Veillez donner une brève description de la maladie ou de la blessure qui a nécessité des soins à l'extérieur du Canada :

Date du début des symptômes _____

Date à laquelle vous avez reçu pour la première fois des soins médicaux pour ces symptômes _____

Avant son départ du Canada, le patient était-il au courant de son affection, ou recevait-il des traitements pour cette affection? Oui Non

Dans l'affirmative, quand a-t-il été traité pour la dernière fois au Canada? _____

J'autorise la Canada Vie à rembourser directement les prestataires de soins.

Signature de l'employé _____

RELEVÉ DES FRAIS

Nombre total de factures annexées à la présente demande de règlement. _____

Donnez le détail des frais ci-dessous. Si vous manquez d'espace, annexe une page distincte.

DATE	PRESTATAIRE	MONTANT
VALEUR TOTALE EN DOLLARS DES FACTURES SOUMISES		\$

DÉCLARATION VISANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIAL

1. Le patient est-il couvert au titre de son régime d'assurance maladie provincial? OUI NON
2. Veuillez remplir le ou les formulaires provinciaux d'autorisation appropriés en visitant le site www.canadavie.com.

DÉCLARATION VISANT UNE AUTRE ASSURANCE

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations aux termes d'un autre régime pour les frais présentés au titre de la demande de règlement? OUI NON
2. À qui appartient l'autre assurance? Moi-même Conjoint Enfant
Prénom _____ Nom de famille _____
3. Si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint. (JJ-MM) _____
4. Est-ce que l'autre assurance est également souscrite auprès de la Canada Vie? OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez indiquer ce qui suit : Numéro du régime de la Canada Vie _____
Numéro d'identification _____

Avez-vous soumis une demande de règlement à un autre assureur ou communiqué avec ce dernier au sujet de la présente demande de règlement? OUI NON

Si vous êtes couvert par une autre assurance, veuillez signer la déclaration suivante, qui nous permet de coordonner vos prestations avec celles d'autres assureurs. Cette déclaration doit être signée avant le paiement de toute prestation.

Par les présentes, je, _____, autorise la Canada Vie
(signature)

et ses agents autorisés à coordonner le paiement des prestations avec tout autre assureur pouvant avoir des obligations à respecter à l'égard de la présente demande de règlement. Je charge irrévocablement la Canada Vie d'effectuer les paiements, de recevoir les paiements et de négocier les règlements avec les prestataires et autres assureurs au nom du patient.

De plus, j'autorise la Canada Vie à recevoir des renseignements médicaux des prestataires et d'autres assureurs ou à leur en divulguer en vue de faciliter le paiement et la coordination des prestations.