SolutionsPlus Santé
COMPTE DE DÉPENSES POUR UNE VIE SAINE

DIRECTIVES

1. **Remplissez les parties 1 et 2 du présent formulaire au complet.**
2. **Signez et datez le formulaire.**
3. **Veuillez conserver des copies, car les reçus originaux ne seront pas retournés.**
5. **Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la PARTIE 3.**

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par l'entremise du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant de régime ou avec une personne agissant en son nom, au besoin, pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

PARTIE 1 : DÉCLARATION DU PARTICIPANT DE RÉGIME

Nom du participant de régime _____ Date de naissance _____

Adresse postale du participant de régime _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Nom du groupe ou du régime _____ Numéro de régime _____ Numéro d'identification _____

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 présente demande de règlement et à l'administration du régime collectif. 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.

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.

J'autorise la Canada-Vie, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute autre organisation ou tout autre fournisseur de services travaillant avec la Canada-Vie du Canada ou de 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 frais faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été engagés par moi-même et par une personne à ma charge admissible.

Signature du salarié _____ Date _____

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Veuillez joindre les reçus pertinents à votre demande de règlement. Veuillez cocher (✔) le type de frais faisant l'objet de la demande de règlement et indiquer le montant correspondant.
Type de frais admissibles :

- ☐ _____ $ Cours avec professeur accrédité (p. ex., entraîneur personnel) ou cours avec professeur dans un centre de conditionnement physique (p. ex., aérobie, Pilates, bicyclette, danse)
- ☐ _____ $ Appareils d'exercice (neufs ou usagés) ainsi que les réparations et la garantie prolongée
- ☐ _____ $ Programmes de gestion du poids (excluant les aliments)
- ☐ _____ $ Vitamines, minéraux, suppléments, produits de santé naturels, remèdes à base de plantes médicinales
- ☐ _____ $ Traitements de médecine douce (p. ex., thérapeutes en reiki, en shiatsu)
- ☐ _____ $ Programmes de gestion de la santé ou de gestion du stress (p. ex., séjours dans une station thermale et retraites de mieux-être)
- ☐ _____ $ Programmes d'abandon du tabac et produits antitabagiques
- ☐ _____ $ Abonnement à un centre de conditionnement physique (frais à la séance, mensuels ou annuels)
- ☐ _____ $ Frais d'utilisation d'installations sportives, y compris les frais de club de golf ou de loisirs (le nom du club ou de la ligue doit figurer sur le reçu)
- ☐ _____ $ Santé et bien-être autochtones (guérisseurs traditionnels autochtones et aînés, remèdes traditionnels [p. ex. foin d'odeur, sauge, cèdre, plant de tabac], frais et fournitures pour les cérémonies autochtones tels du tissu, des tentes à sudation, des cercles de guérison ou des fournitures pour la purification par la fumée ainsi que des cours de langues autochtones)
- ☐ _____ $ Autre, veuillez préciser _____

Nombre total de reçus inclus _____ **Total de la demande de règlement** 0,00 **$**

SOLUTIONSPLUS SANTÉ – LES FRAIS COUVERTS AUX TERMES DU COMPTE DE DÉPENSES POUR UNE VIE SAINE SONT REMBOURSÉS EN TOTALITÉ, EN FONCTION DES CRÉDITS DISPONIBLES. TOUS LES REMBOURSEMENTS CONSTITUENT UN AVANTAGE IMPOSABLE.

PARTIE 3 : PRÉSENTATION DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Veuillez envoyer votre demande de règlement au Service des indemnités indiqué ci-dessous. S'il n'y a rien d'indiqué, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir l'adresse.

Vous avez des questions sur SolutionsPlus Santé?
Composez le numéro sans frais 1 877 883-7072.

Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure
800 rue de la Gauchetière O Bureau 5800
Montréal QC H5A 1B9

Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous.
Ligne ATS vers téléphoniste : 711
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

www.canadavie.com

Effacer

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.