

PARTIE 1 – À ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT DU RÉGIME

NUMÉRO DU RÉGIME 138100 158100 168100
 170205 170844 178100

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM ET INITIALE DU SECOND PRÉNOM		RÉGIME D'ACCUEIL N° D'IDENTIFICATION	
ADRESSE POSTALE					
VILLE		PROVINCE		CODE POSTAL	
<p>1. Nom du répondant de régime (employeur) _____</p> <p>Régime de base numéro _____ Numéro d'identification du participant de régime de base _____</p> <p>2. La présente demande de règlement concerne-t-elle une personne à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>S'il s'agit d'un enfant de 18 ans ou plus, étudie-t-il à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Travaille-t-il? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, nom de la personne à charge _____ Date de naissance de la personne à charge _____ jour/mois</p> <p>Lien de parenté avec le participant du régime _____</p> <p>3. Si la présente demande de règlement fait suite à un accident, indiquez le lieu de l'accident _____</p> <p>Date de l'accident _____ Comment l'accident est-il survenu _____</p> <p>4. Les frais sont-ils couverts aux termes d'une autre protection? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, nom de l'autre compagnie d'assurance et numéro de police _____</p> <p>Nom du participant du régime _____</p> <p>5. Si vous avez répondu « Oui » à la question n° 4 et que le patient est un enfant à charge, veuillez confirmer votre date de naissance _____ jour/mois</p> <p style="text-align: right;">la date de naissance de votre conjoint _____ jour/mois</p>					

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, 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, 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.

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.

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 services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse www.canadavie.com.

Signature du participant du régime _____ Date _____

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant du régime et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion mutuelle des demandes de règlement.

Les prestations seront cédées au fournisseur de services, à moins qu'un reçu n'atteste le paiement des frais. Le patient est responsable du paiement des frais non couverts par le présent régime.

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT / FOURNISSEUR DE SERVICES

Code du médecin	Date du service			Frais	Diagnostic (complications) et procédures – Veuillez donner une description des services et des détails relativement au code du médecin.
	Jour	Mois	Année		

Durée de l'hospitalisation : Du _____ au _____

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom du médecin / fournisseur de services _____

Adresse du médecin / fournisseur de services _____

Code postal du médecin / fournisseur de services _____

N° de téléphone du médecin / fournisseur de services _____

Signature du médecin / fournisseur de services _____

(La signature du médecin/fournisseur de services ou l'original du reçu sont exigés aux fins du traitement des prestations.)

VOIR AU VERSO

À ÊTRE REMPLI PAR LE FOURNISSEUR DE SERVICES

1. SERVICES DE LABORATOIRE Nom de l'établissement _____
 Adresse de l'établissement _____
 Code postal de l'établissement _____ N° de téléphone de l'établissement _____
 Nom du médecin orienteur _____

DATE DU SERVICE	CODE DU MÉDECIN	FRAIS	DIAGNOSTIC ET DESCRIPTION DES SERVICES
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. SERVICES DE RADIOLOGIE Nom de l'établissement _____
 Adresse de l'établissement _____
 Code postal de l'établissement _____ N° de téléphone de l'établissement _____
 Nom du médecin orienteur _____

DATE DU SERVICE	CODE DU MÉDECIN	FRAIS	DIAGNOSTIC ET DESCRIPTION DES SERVICES
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. AUTRES FRAIS

DATE DU SERVICE	FRAIS	DIAGNOSTIC ET DESCRIPTION DES SERVICES
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Signature du médecin / fournisseur de services _____

Envoyez le formulaire de demande de règlement dûment rempli ainsi que l'original des reçus à :
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Unité de l'assurance-maladie individuelle
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5
Numéro sans frais : 1 866 430-2863