



ca	nadare	DEMANDE DE REGLE	:MEN I	d'accueil	
P/	ARTIE 1 – À ÊTRE REMPLIE PAR LE PA	ARTICIPANT DU RÉGIME	MÉRO DU RÉGIME ☐ 138100 ☐ 170205 ☐	☐ 158100 ☐ 168100 ☐ 170844 ☐ 178100	
Nor	n de famille	Prénom et initiale du second préno		me d'accueil nº d'identification	
Adr	esse postale				
Ville	•	Province	Code postal	N° de téléphone	
1.	Nom du répondant de régime (employeur) _				
Régime de base numéro Numéro d'identification du participant de régime de base				ase	
2.	a présente demande de règlement concerne-t-elle une personne à charge? Oui Non				
	S'il s'agit d'un enfant de 18 ans ou plus, étudie-t-il à temps plein? ☐ Oui ☐ Non Travaille-t-il? ☐ Oui ☐ Non				
	Dans l'affirmative, nom de la personne à charge Date de naissance de la personne à charge				
	Lien de parenté avec le participant du régime				
3.	Si la présente demande de règlement fait suite à un accident, indiquez le lieu de l'accident				
	Date de l'accident Co	mment l'accident est-il survenu			
4.	4. Les frais sont-ils couverts aux termes d'une autre protection? ☐ Oui ☐ Non				
	Dans l'affirmative, nom de l'autre compagnie d'assurance et numéro de police				
	Nom du participant du régime	du participant du régime			
5.	Si vous avez répondu « Oui » à la question no 4 et que le patient est un enfant à charge, veuillez confirmer votre date				
	de naissance et la date de naissance de votre conjoint jour/mois				
C	ONFIDENTIALITÉ				
vie no écl Co am de: ad qui	privée. Les renseignements personnels. À privée. Les renseignements personnels sont des tamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres néant, des renseignements sur d'autres personnement nous utilisons vos renseignements penéliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notant se produits que vous avez auprès de nous. De plu missibilité à certains produits, de tarifer nos produit d'autres transactions financières. Cette utilisatificaude, et de respecter nos obligations légales. S	informations qui, seules ou combinées à sinformations plus sensibles, comme des sis, comme votre époux, votre conjoint de resonnels. Vos renseignements personnels iment utilisés pour vérifier votre identité, tes, l'utilisation de vos renseignements personnels personnels de vous robtenir de la rétroaction sur notre son nous permet aussi de vous protéger, to vous avez fourni votre numéro d'assurant	d'autres, permettent d'identifier u renseignements médicaux et fina fait et vos enfants. s sont utilisés pour vous offrir des enir votre profil à jour et vous rens sonnels nous permet de vous offre ervice à la clientèle et de traiter le put comme nous, contre des risqu ce sociale (NAS), nous l'utiliseron	produits et services et pour seigner sur les caractéristiques r des conseils, d'évaluer votre es demandes de règlement ainsi les, comme la cybercriminalité et is à des fins de déclaration fiscale.	
qu filia LL po	tre NAS sert également à lier vos produits et à sé ec qui communiquons-nous les renseignement i nous aident à administrer vos produits et à vous ales canadiennes et d'autres organisations qui no C., des fournisseurs de protections spécialisées, ur médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vageurs, à des fournisseurs de services technolo-	ts personnels. Nous transmettons vos re s offrir des services. Cela comprend notarr us offrent des services, comme des fourni des médecins examinateurs indépendants os renseignements à des vérificateurs de	nseignements personnels à d'aut nment votre conseiller et les perso isseurs d'examens paramédicaux s et des gestionnaires de demand demandes de règlement, à des fo	res personnes et organisations onnes qui travaillent avec lui, nos x, des laboratoires médicaux, MIB, les de règlement électroniques ournisseurs d'assistance aux	

agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendrons jamais à qui que ce soit.

Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels. Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre compte en ligne ou en présentant une demande par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels à l'adresse canadavie.com/confidentialite. Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder à vos renseignements personnels ou les corriger, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site canadavie.com/confidentialite.

CONSENTEMENT. AUTORISATION ET DÉCLARATION EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je comprends que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués comme il est indiqué ci-dessus.

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et servies mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles aux termes de mon régime.

La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

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.

Signature du participant du régime _ Date_

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT / FOURNISSEUR DE SERVICES Date du service Diagnostic (complications) et procédures - Veuillez donner une description Code du médecin Jour Mois Année Frais des services et des détails relativement au code du médecin. Durée de l'hospitalisation : Du _ au _ VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE Nom du médecin / fournisseur de services Adresse du médecin / fournisseur de services _ _____ Nº de téléphone du médecin / fournisseur de services _ Code postal 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.) À ÊTRE REMPLI PAR LE FOURNISSEUR DE SERVICES SERVICES DE Nom de l'établissement . **LABORATOIRE** 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 Jour Mois Année Frais Diagnostic et description des services SERVICES DE Nom de l'établissement **RADIOLOGIE** 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 Jour Mois Année Frais Diagnostic et description des services 3. AUTRES FRAIS Date du service Code du Diagnostic et description des services médecin Jour Mois Année Frais Signature du médecin / fournisseur de services __

Envoyez le formulaire de demande de règlement La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie dûment rempli ainsi que l'original des reçus à : Unité de l'assurance-maladie individuelle

CP 6000

Winnipeg MB R3C 3A5

Numéro sans frais: 1 866 430-2863