VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT AU TITRE DE L'ASSURANCE CONTRE LE RISQUE DE MALADIE GRAVE POUR ENFANT

Nous vous faisons parvenir le formulaire de demande de règlement à utiliser pour demander le versement de toute indemnité prévue aux termes de votre police d'assurance contre le risque de maladie grave pour enfant.

Nous comprenons que ceci est un moment difficile et nous tenons à vous assurer que votre demande de règlement est importante pour nous à la Canada Vie. Le présent document vous fournit des renseignements sur ce dont nous avons besoin pour évaluer votre demande de règlement.

AVIS DE SINISTRE

Vous devez aviser la Canada Vie du trouble de santé dont souffre votre enfant dans les 30 jours suivant le diagnostic d'une condition médicale couverte aux termes de la police. Vous pouvez nous en informer en nous envoyant une lettre en ce sens par la poste ou par télécopieur ou encore en appelant notre bureau. Vous trouverez nos coordonnées à la page suivante.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Une fois que vous nous avez informés du trouble de santé de votre enfant, la prochaine démarche à entreprendre et peut-être la plus importante consiste à nous faire parvenir une demande de règlement dûment remplie. Vous devez remplir la partie du formulaire intitulée Déclaration du demandeur. Le médecin que vous avez consulté en premier lieu à l'égard de l'affection dont souffre votre enfant doit remplir le Rapport confidentiel du médecin.

Les deux formulaires dûment remplis doivent être envoyés à la Canada Vie. Bien que ceux-ci puissent être présentés séparément, nous avons besoin des deux formulaires pour évaluer votre demande. Il vous incombe de faire remplir les formulaires médicaux sans aucuns frais pour la Canada Vie. Les formulaires dûment remplis doivent être envoyés à l'adresse indiquée à la page suivante. Veuillez détacher la présente feuille de renseignements et la conserver. Il peut également s'avérer utile de garder une photocopie des formulaires dûment remplis. Si vous avez des questions au moment de remplir le formulaire, n'hésitez pas à communiquer avec nous à l'un des numéros indiqués à la page suivante.

NOTRE PREMIER CONTACT

À la réception de votre demande de règlement dûment remplie, nous transmettrons celle-ci à un spécialiste, Demandes de règlement pour étude. Ce dernier vous enverra un accusé de réception sur lequel figureront son nom et son numéro de téléphone au cas où vous auriez des questions concernant votre demande de règlement.

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Au besoin, le spécialiste, Demandes de règlement écrira directement au médecin ou à l'hôpital pour obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation. Si nous ne recevons pas de réponse au cours de la période d'environ un mois suivant la demande de renseignements, nous enverrons une lettre de suivi au médecin ou à l'hôpital, et vous informerons alors de la situation de votre demande de règlement.

C'est à vous qu'il incombe de fournir les preuves médicales de votre admissibilité aux indemnités de l'assurance contre le risque de maladie grave. Il se pourrait que votre médecin exige des honoraires pour fournir les renseignements médicaux demandés. En pareil cas, il vous reviendra de payer ces frais. Toutefois, lorsque la Canada Vie s'adresse directement au médecin pour obtenir des renseignements médicaux, elle lui verse à titre gracieux des frais de correspondance en contrepartie des renseignements.

DÉCISION INITIALE

Une décision initiale sera prise relativement à la demande de règlement dans les 30 jours suivant la réception de preuves médicales jugées satisfaisantes. Nous déciderons, selon le cas :

1. d'approuver votre demande si la preuve présentée confirme que l'enfant souffre d'un trouble de santé qui répond à l'une des définitions de condition médicale couverte aux termes de la police; ou
2. de rejeter votre demande si l'une ou plusieurs des dispositions de la police ne sont pas satisfaites. Le spécialiste, Demandes de règlement chargé du traitement de votre demande vous adressera alors une lettre dans laquelle nous expliquerons notre décision et vous indiquerons les renseignements additionnels que vous devrez nous fournir si vous voulez que nous reconsidérions notre décision.

186 FR-1/20

© 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.

COMMENT NOUS JOINDRE

Si vous avez des questions au sujet de votre demande de règlement, veuillez communiquer avec votre spécialiste, Demandes de règlement par téléphone, par télécopieur ou par courrier.

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Service des demandes de règlement, Protection du vivant
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Sans frais au 1 877 280-7527, poste 8577#
Télécopieur 204 946-4030
Par courriel a l'adresse cllbclaims@canadalife.com

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous établissons un dossier confidentiel qui comprend les renseignements personnels fournis sur vous et votre enfant. Le dossier est conservé dans les bureaux de la Canada Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel 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. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour traiter la présente demande et, si celle-ci est approuvée, pour fournir les produits ou services financiers demandés et en assurer l'administration, pour vous informer des produits et services pouvant contribuer à la planification de la sécurité financière, pour évaluer et traiter les demandes de règlement, et pour créer et mettre à jour les dossiers visant notre relation d'affaires.

Assurance contre le risque de maladie grave pour enfant
Preuve de sinistre – Déclaration du demandeur

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Demandes de règlement, Protection du vivant
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5
Téléphone : 204 946-8577
Télécopieur : 204 946-4030

Directives :
1. Veuillez écrire **EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**, à l'encre.
2. Tout formulaire incomplet sera retourné.

Partie 1 : Renseignements sur l'assuré

Nom de l'assuré	Date de naissance (jour, mois, année)	N° de police

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) régional)	N° de téléphone (y compris l'indicatif

Partie 2 : Renseignements sur le sinistre et renseignements connexes

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

b) À quelle date l'enfant assuré a-t-il consulté un médecin pour la première fois en raison de cette affection? Date (jour, mois, année) _____

Nom	**Adresse** (numéro, rue, ville, province, code postal)	**N° de téléphone** (y compris l'indicatif régional)

c) À quelle date l'affection de l'enfant assuré a-t-elle été diagnostiquée ou, le cas échéant, à quelle date l'intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Date (jour, mois, année) _____

À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus? Date (jour, mois, année) _____

Veuillez décrire ces symptômes :

d) L'enfant assuré a-t-il subi des tests ou des investigations relativement au diagnostic? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions et les dates.

e) L'enfant assuré a-t-il déjà souffert d'une affection similaire ou a-t-il déjà été traité pour une affection similaire? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions et les dates. _____

Partie 3 : Consultations médicales

a) Veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin personnel de l'enfant assuré.

Nom	**Adresse** (numéro, rue, ville, province, code postal)	**N° de téléphone** (y compris l'indicatif régional)	**Date de consultation** (jour, mois, année)

b) Veuillez fournir des renseignements sur tous les autres médecins ou spécialistes consultés en raison de l'affection de l'enfant assuré.

Nom	**Adresse** (numéro, rue, ville, province, code postal)	**N° de téléphone** (y compris l'indicatif régional)	**Date de consultation** (jour, mois, année)

c) Si l'enfant assuré a été traité à l'hôpital ou dans tout autre établissement similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital	**Ville**	**Date d'admission** (jour, mois, année)	**Date du congé** (jour, mois, année)

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

Type de traitement	**Établissement**	**Médecin prescripteur**	**Dates** (jour, mois, année)

© 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.

Partie 4 : Renseignements généraux

a) L'enfant assuré est-il couvert aux termes d'une assurance prévoyant une garantie similaire auprès d'une autre compagnie?

☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'assureur	Type de garantie	Montant de la garantie	Une demande de règlement a-t-elle été soumise?
		$	☐ Oui ☐ Non
		$	☐ Oui ☐ Non
		$	☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone du spécialiste, Demandes de règlement : _____

b) Veuillez fournir tout autre renseignement que vous jugez pertinent à la demande de règlement à l'égard de l'enfant assuré.

_____

_____

_____

_____

_____

AUTORISATION ET DÉCLARATIONS

JE SOUSSIGNÉ DÉCLARE / NOUS SOUSSIGNÉS DÉCLARONS AVOIR LU LA SECTION INTITULÉE « PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS » ET JE DÉCLARE / NOUS DÉCLARONS EN COMPRENDRE ET EN ACCEPTER LE CONTENU.

J'AUTORISE / NOUS AUTORISONS LA CANADA VIE, TOUT FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ, TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE, LES ADMINISTRATEURS DES PROGRAMMES D'ÉTAT, TOUTE AUTRE ORGANISATION OU TOUT FOURNISSEUR D'AVANTAGES SOCIAUX TRAVAILLANT AVEC LA CANADA VIE À ÉCHANGER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NÉCESSAIRES AUX FINS DE L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT.

LA PRÉSENTE AUTORISATION DEMEURERA VALIDE JUSQU'À CE QUE JE LA RÉVOQUE / NOUS LA RÉVOQUIONS PAR ÉCRIT, SOUS RÉSERVE DES RESTRICTIONS JURIDIQUES ET CONTRACTUELLES POUVANT S'APPLIQUER. JE RECONNAIS / NOUS RECONNAISSONS ÊTRE AU COURANT DES RAISONS POUR LESQUELLES LES RENSEIGNEMENTS VISÉS PAR MON / NOTRE CONSENTEMENT S'AVÈRENT NÉCESSAIRES, AINSI QUE DES AVANTAGES ET DES RISQUES DE NE PAS DONNER MON / NOTRE CONSENTEMENT.

JE CONVIENS / NOUS CONVENONS QU'UNE PHOTOCOPIE OU UNE COPIE ÉLECTRONIQUE DE LA PRÉSENTE PARTIE INTITULÉE ***AUTORISATION ET DÉCLARATIONS*** EST AUSSI VALIDE QUE L'ORIGINAL.

JE DÉCLARE / NOUS DÉCLARONS QUE LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DÉCLARATION DU DEMANDEUR ET DANS TOUTE DÉCLARATION FAITE LORS DE TOUTE RENCONTRE PERSONNELLE OU DANS LE CADRE DE TOUT ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE AU SUJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SONT VÉRIDIQUES ET COMPLETS. J'ACCEPTE / NOUS ACCEPTONS QUE TOUTES CES DÉCLARATIONS CONSTITUENT LA BASE DU VERSEMENT DE TOUTE PRESTATION APPROUVÉE AUX TERMES DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT.

_____ _____

NOM DE L'ENFANT ASSURÉ — NOM DU PÈRE, DE LA MÈRE OU DU TUTEUR LÉGAL

_____ _____

SIGNATURE DE L'ENFANT (S'IL EST ÂGÉ DE PLUS DE 18 ANS) — SIGNATURE DU PÈRE, DE LA MÈRE OU DU TUTEUR LÉGAL (SI L'ENFANT ASSURÉ EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS)

_____ _____

DATE (JOUR, MOIS, ANNÉE) — N° DE TÉLÉPHONE DU PÈRE, DE LA MÈRE OU DU TUTEUR LÉGAL (Y COMPRIS L'INDICATIF RÉGIONAL)

J'AUTORISE ET J'ENJOINS LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE À CONFIER TOUT CHÈQUE DE RÈGLEMENT RELATIF À LA PRÉSENTE DEMANDE À MON CONSEILLER EN ASSURANCE CHARGÉ DE LA POLICE SUSMENTIONNÉE POUR QUE CELUI-CI ME LE REMETTE.

_____ _____

NOM DU CONSEILLER (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) — NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CONSEILLER

_____ _____

DATE — SIGNATURE DU DEMANDEUR

canada vie MC

Assurance contre le risque de maladie grave pour enfant – Rapport confidentiel du médecin
Indemnité de l'Assurance contre le risque de maladie grave pour enfant

Partie 1 : Renseignements sur le patient

Nom (en caractères d'imprimerie)	Date de naissance (jour, mois, année)	N° de police

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	N° de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Autorisation

J'autorise, par les présentes, la transmission à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie de tout renseignement ou dossier concernant l'état de santé de l'enfant assuré _____ (nom de l'enfant) aux fins du traitement d'une demande de règlement à son égard aux termes de la police précitée. La présente autorisation demeurera en vigueur pendant un an à compter de la date de sa signature.

Il incombe au père, à la mère ou au tuteur légal de l'enfant assuré de faire remplir le présent formulaire et d'acquitter tous frais exigés pour le remplir.

Date (jour, mois, année) _____ Signature de l'enfant assuré (s'il est âgé de plus de 18 ans) _____

Date (jour, mois, année) _____ Signature du père, de la mère ou du tuteur légal (s'il est âgé de moins de 18 ans) _____

Partie 2 : Rapport du médecin

1. Veuillez indiquer le diagnostic.

   _____

2. À quelle date les premiers symptômes de votre patient sont-ils apparus? Date (jour, mois, année) _____

   Quels étaient ces symptômes? _____

   _____

3. Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à l'égard de l'affection ci-dessus? Date (jour, mois, année) _____

4. Le patient a-t-il été orienté vers vous? ☐ Oui ☐ Non

   Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom du médecin l'ayant orienté vers vous. _____

5. Veuillez fournir le nom et l'adresse de tous les autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où il s'est présenté ou a été admis en raison de l'affection en cause.

Nom du médecin ou de l'hôpital	**Adresse** (numéro, rue, ville, province, code postal)	**Du** (jour, mois, année)	**Au** (jour, mois, année)

6. Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant être utile à l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

   _____

   _____

   _____

   _____

Veuillez fournir une copie de tous les rapports et résultats de tests disponibles relativement au diagnostic (p. ex. rapports de pathologie, rapports de laboratoire, résultats de l'échocardiographie, résultats de l'examen IRM, etc.) afin d'accélérer le processus de règlement.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	N° de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	N° de télécopieur (y compris l'indicatif régional)

Signature	Date (jour, mois, année)

Retournez à : **Centre administratif de la Canada Vie, Demandes de règlement, Protection du vivant**
CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5
Téléphone : 204 946-8577 • Télécopieur : 204 946-4030

186 FR-1/20

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.