

**Renseignements importants**

Les frais sont admissibles au remboursement au titre du **Fonds d'aide spéciale (FAS)** s'ils respectent les critères suivants\* :

- les frais sont admissibles aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) pour le calcul du crédit d'impôt pour les frais médicaux ;
- la demande concerne des soins médicaux extraordinaires.

Les frais ne sont pas admissibles au remboursement au titre du **FAS** dans les cas suivants :

- les frais sont couverts par la protection offerte par l'État ;
- des prestations sont payables au titre d'un régime de soins médicaux (y compris le régime 051089), même si le maximum a été atteint ;
- une subvention est offerte, peu importe la source.

\* Pour en savoir plus sur les frais admissibles qui sont remboursés au titre du FAS, consultez les lignes directrices relatives au FAS dans iO.

**Instructions à l'égard de la présentation d'une demande de règlement**

*Ce formulaire doit être entièrement rempli.*

1. Conservez une photocopie du formulaire et des reçus.
2. Agrafez ensemble les documents suivants, puis soumettez-les :
  - l'original du formulaire ;
  - toutes les pièces justificatives comme les reçus et les factures ;
  - les documents médicaux expliquant la nécessité de la fourniture.

**À noter : Le participant de régime doit signer le formulaire.**

**Partie 1 : Renseignements sur l'employé**

Numéro de régime collectif 051089                      Numéro d'identification **CBC/Radio-Canada M** \_\_\_\_\_

Nom du participant de régime \_\_\_\_\_ Affiliation \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services 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.**

**J'atteste que les frais faisant de la présente demande de règlement ont été engagés par moi-même ou par une personne pouvant me donner droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).**

**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 employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.**

*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 consultez [canadavie.com](http://canadavie.com).*

Signature du participant de régime \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

