

**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**

*Veillez remplir le présent formulaire au complet.*

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 \_\_\_\_\_

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

Affiliation:  APS  AR  STTRC  GCM  Non affilié  Retraité

**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 \_\_\_\_\_

## Partie 2 : Renseignements sur la personne à charge

Nom du patient	Lien de parenté avec l'employé	Date de naissance			Le patient habite-t-il avec vous?		Étudie-t-il à temps plein?		S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine?	Travaille-t-il?		Combien d'heures par semaine?
		Année	Mois	Jour	OUI	NON	OUI	NON		OUI	NON	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Partie 3 : Coordination des prestations

Les frais sont-ils couverts aux termes d'un régime d'assurance privé ou collectif?  Oui  Non

Avez-vous présenté une demande d'indemnité pour accident du travail?  Oui  Non

Les frais sont-ils couverts par le régime de votre province?  Oui  Non

Avez-vous droit à un remboursement des frais d'une autre source?  Oui  Non

***Si nous constatons que la demande de règlement peut être remboursée d'une autre manière, toutes les sommes versées par le FAS pour le règlement devront être remboursées, peu importe si les autres options de remboursement potentielles sont encore disponibles ou non.***

## Partie 4 : Précisions sur la demande de règlement

Nom du patient	Nombre de reçus	Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

Demande de remboursement de frais présentée à la Canada Vie \_\_\_\_\_ \$  
Nombre de reçus \_\_\_\_\_ Total des frais

### IMPORTANT :

Pour que votre demande puisse être traitée, vous devez absolument remplir le formulaire avec attention, le signer et vous assurer de joindre à l'appui toute la documentation médicale pertinente, la recommandation de votre médecin et les reçus originaux. Conservez des copies de tous les documents que vous soumettez.

Veillez transmettre votre demande de remboursement au titre du Fonds d'aide spéciale à :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Place Bonaventure  
Bureau 5800  
800 rue de la Gauchetière O  
Montréal QC H5A 1B9  
[www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)

**Des questions? Composez le 1 877 340-9082.**



**Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relai des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous.**

Ligne ATS vers téléphoniste : 711

Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511