

Veuillez répondre à toutes les questions. La présente demande sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets. Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

1^{re} PARTIE : DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ (Veuillez écrire en lettre moulées)

1. Nom du régime CANADIAN BROADCASTING CORPORATION / SOCIÉTÉ RADIO-CANADA
 Numéro du régime 51089
2. Nom de l'employé _____
 Adresse postale _____
 Numéro d'identification _____
3. L'un des membres de votre famille est-il assuré par le présent régime à titre d'employé? Oui Non
 Dans l'affirmative, inscrivez son nom _____
4. Vous-même ou un membre de votre famille, avez-vous droit à des prestations de frais médicaux en vertu d'un autre régime? Oui Non
 Dans l'affirmative, inscrivez le nom de la personne assurée _____
 Lien de parenté avec l'employé _____
 Nom de l'autre compagnie d'assurance _____
 Numéro de police _____
5. Dans l'affirmative à la question 3 ou 4 ci-dessus, et si le demandeur est un enfant à charge, donnez :
 la date de naissance de l'employé (jour/mois) _____ ET
 de son conjoint (jour/mois) _____

6. Souhaitez-vous que toute portion impayée de vos demandes de règlement soit remboursée au moyen de votre Compte de gestion des dépenses santé? Oui Non
 Si la demande de règlement est présentée aux termes du Compte de gestion des dépenses santé, êtes-vous autorisé à vous prévaloir d'un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) au nom du patient? Oui Non

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.

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 rendez-vous à l'adresse canadavie.com.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____ DATE _____

2^e PARTIE : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

- | 1. Nom du demandeur | Date de naissance | Lien de parenté avec l'employé |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|
| i) _____ | _____ | _____ |
| ii) _____ | _____ | _____ |
| iii) _____ | _____ | _____ |
2. a) Si la demande est pour un enfant à charge, habite-t-il avec vous? Oui Non
 b) Renseignements sur les enfants à charge _____

Nom de l'enfant _____

3° PARTIE : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

(Veuillez détailler les frais pour chaque demandeur)

À noter : Les factures et reçus de médicaments, autres que ceux exigés en vertu des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux, font partie intégrante de nos registres et ne vous seront pas retournés. Veuillez conserver, aux fins de l'impôt sur le revenu, le relevé des frais ou le feuillet explicatif qui sera annexé à votre chèque.

A. FRAIS DE MÉDICAMENTS

Nom du demandeur	N° du DIN (identification numérique de la drogue) (communiquer avec la pharmacie pour obtenir ce numéro s'il ne figure pas sur le reçu ou le réceptif d'ordonnance)	Date d'achat	Montant	Nom du médicament (obligatoire)

B. TOUS AUTRES FRAIS

Nom du demandeur	Fournisseur des services	Nature des services	Date des soins	Montant	Nature de la maladie

EXPÉDIEZ LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À

RÉSIDENTS DU QUÉBEC :

Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure
CP 6162 Succursale Centre-Ville
Montréal QC H3C 4S7

DEMANDES DE RÈGLEMENT VISANT LES FRAIS À L'EXTÉRIEUR DU PAYS :

Prestations, Soins médicaux et
Soins dentaires - Canada Vie
CP 6000 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 3A5

TOUS LES AUTRES :

Service des indemnités de Winnipeg
CP 6045 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 0S4

Questions : 1 800 957-9777 (sans frais)

canadavie.com



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

Ligne ATS vers téléphoniste : 711

Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

(Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille séparée.)