

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.
3. Pour **AJOUTER** ou **MODIFIER DES COORDONNÉES BANCAIRES** afin d'autoriser le dépôt direct en cas de remboursement, les détails doivent être fournis ci-dessous. Si vos coordonnées bancaires ont été fournies lors d'une demande SAF préalable, tous les remboursements seront directement déposés dans ce compte. Si aucune coordonnée bancaire n'existe ou n'est fournie sur ce formulaire, un chèque sera émis et envoyé par la poste à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

Nom de l'institution financière canadienne : _____

N° de la succursale : _____ N° d'institution bancaire : _____ N° de compte : _____

Compte d'épargne (consultez votre institution financière pour obtenir les numéros d'identification adéquats)

Compte chèques (joignez chèque portant la mention « nul ») Supprimer les coordonnées bancaires et envoyer un chèque

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

Partie 1 : Renseignements sur l'employé

Numéro de régime collectif 051089

CBC/Radio-Canada Numéro d'identification FAS

M									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ajoutez des zéros non significatifs si l'ID est inférieur à 9 chiffres. Exemple: ID no 123ABC doit être inscrite comme 000123ABC.

Nom du participant de régime _____

Adresse : Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Affiliation: APS AR STTRC GCM Non affilié Retraité

Partie 2 : Protection des renseignements personnels

Protection de vos renseignements personnels. À la Canada Vie, nous sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

Comment nous utilisons vos renseignements personnels. Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifier nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Cette utilisation nous permet aussi de vous protéger, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

Partie 2 : Protection des renseignements personnels, suite

Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels. Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes et d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'examen paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des 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 relatifs à la 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.

Partie 3 : Consentement en matière de protection des renseignements personnels, autorisation et signature

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

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont véridiques, exacts 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. Les demandes de règlement présumées frauduleuses pourraient être signalées à votre employeur ou à votre répondant de régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

Je conviens qu'en soumettant le présent formulaire ou en autorisant sa soumission, j'accepte les conditions énoncées dans la présente section, même si je n'ai pas signé le formulaire.

Signature du participant de régime _____ Date _____

Partie 4 : 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? OUI NON	Étudie-t-il à temps plein? OUI NON	Enfant de plus de 18 ans			
		Année	Mois	Jour			S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine?	Travaille-t-il?		Combien d'heures par semaine?
								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 5 : 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 6 : 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.

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

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
 Service des indemnités de Montréal
 CP 4592 Succursale A
 Toronto ON M5W 0L5
www.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

Des questions? Composez le 1 877 340-9082.