

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. LIEN AVEC LE PARTICIPANT _____

NOM DE L'ASSUREUR _____

DATE DE NAISSANCE (JJ/MMMM/AAAA) _____

2. LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS REMBOURSABLES PAR UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE, PAR UNE COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU PAR UN RÉGIME PUBLIC? NON OUI

NUMÉRO DE CONTRAT _____

DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT (JJ/MMMM/AAAA) _____

3. LES SOINS SONT-ILS NÉCESSAIRES PAR SUITE D'UN ACCIDENT? NON OUI
SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ET DONNEZ DES PRÉCISIONS SUR UNE FEUILLE DISTINCTE.

4. SI LA DEMANDE PORTE SUR UNE PROTHÈSE AMOVIBLE, UNE COURONNE OU UN PONT, S'AGIT-IL D'UNE PREMIÈRE POSE? NON OUI
SI NON, INDIQUEZ LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT.

5. L'UN DES TRAITEMENTS EST-IL À DES FINS ORTHODONTIQUES? NON OUI

SECTION 4 – CONFIRMATION DU PARTICIPANT

EN PRÉSENTANT UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT À MANUVIE, JE CONFIRME QUE JE COMPRENDS ET ACCEPTE TOUTES LES CONDITIONS SUIVANTES :

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS À L'APPUI DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SONT VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS ET QUE TOUTES LES FOURNITURES ET TOUS LES SOINS ET SERVICES FAISANT L'OBJET DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ONT ÉTÉ REÇUS PAR MOI-MÊME, MON CONJOINT, MON CODEMANDEUR OU LES PERSONNES À MA CHARGE, ET QUE NOUS SOMMES ADMISSIBLES AU RÉGIME. **JE RECONNAIS** QUE LA PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT JUGÉE FAUSSE OU INEXACTE PAR MANUVIE POURRAIT CAUSER LA RÉSILIATION DE LA COUVERTURE PAR MANUVIE SANS AUTRE AVERTISSEMENT. **JE RECONNAIS** QUE MANUVIE PEUT TRANSMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT JUGÉE FAUSSE AUX AUTORITÉS POLICIÈRES EN VUE DE POURSUITES POSSIBLES ET QUE MANUVIE POURRAIT PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR RECOURVRE TOUTE SOMME OBTENUE DE MANIÈRE IRRÉGULIÈRE À LA SUITE D'UNE FAUSSE DEMANDE DE RÈGLEMENT. **J'ACCEPTE** ÉGALEMENT DE REMBOURSER TOUTE SOMME OU TOUT TROP-PERÇU QUE JE POURRAIS DEVOIR À MANUVIE CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DE MON RÉGIME ET **J'AUTORISE** CELLE-CI À DÉDUIRE CES SOMMES DE MES PRESTATIONS FUTURES. **J'AUTORISE** TOUTE PERSONNE OU ORGANISATION – NOTAMMENT TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, ÉTABLISSEMENT OU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ, ORGANISME DE RÉGLEMENTATION PROFESSIONNEL, EMPLOYEUR, ADMINISTRATEUR DE RÉGIME OU D'AUTRES PROGRAMMES D'AVANTAGES SOCIAUX, ASSUREUR ET SERVICE D'ENQUÊTE – DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS SUR MOI-MÊME, MON CONJOINT, MON CODEMANDEUR OU LES PERSONNES À MA CHARGE À RECUEILLIR, À UTILISER, À CONSERVER ET À ÉCHANGER ENTRE EUX ET AVEC MANUVIE OU SES PRESTATAIRES DE SERVICES TOUT RENSEIGNEMENT NÉCESSAIRE DANS LE CADRE DE LA GESTION DU RÉGIME, DE VÉRIFICATIONS ET DU TRAITEMENT DE MA DEMANDE. **IL EST ENTENDU** QU'UNE PHOTOCOPIE, UNE TÉLÉCOPIE OU UNE VERSION ÉLECTRONIQUE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION EST AUSSI VALIDE QUE L'ORIGINAL.

SIGNATURE DU PARTICIPANT _____

DATE (JJ/MMMM/AAAA) _____

SECTION 5 – ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans le formulaire de **demande de règlement Soins dentaires** sont nécessaires au traitement de la demande. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) créera un "dossier de services financiers" contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la demande, offrir et administrer des services et traiter des demandes de règlement. L'accès à ce dossier sera limité aux employés, mandataires et administrateurs de Manuvie responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre consentement quant à l'utilisation des renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif et vous pouvez y mettre fin, si vous le voulez, en écrivant à Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements qu'il contient et à y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Chef de la protection des renseignements personnels, Manuvie P.O. Box 1602, Poste de livraison 500-4-A Waterloo (Ontario) N2J 4C6. Une copie de notre politique de confidentialité se trouve sur le site manuvie.ca.

SECTION 6 – ENVOI DE LA DEMANDE

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE ET TOUS REÇUS CORRESPONDANTS PAR COURRIER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Manuvie
Assurance Individuelle
Règlements Soins dentaires
C.P. 670, Succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Manuvie n'assumera en aucun cas les frais requis pour faire remplir le présent formulaire.

SECTION 7 – ÉNONCÉ SUR L'ACCESSIBILITÉ

Manuvie est résolue à offrir aux personnes handicapées des produits et services qui respectent les principes de dignité, d'autonomie, d'intégration et d'égalité des chances. Elle croit fermement que toute personne doit être traitée avec respect et courtoisie, et se sentir bien accueillie. Vous pouvez demander que le présent formulaire vous soit envoyé sous d'autres formes. Il suffit d'envoyer un courriel à l'adresse accessibility@manuvie.ca ou de composer le 1 855 891-8671. Si vous souhaitez obtenir des précisions sur l'accessibilité à Manuvie, nous vous invitons à vous rendre dans le site manuvie.ca/accessibilite.