

Demande de règlement – Compte Condition physique Assurance collective

Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime. Veuillez joindre au verso les reçus pour tous les frais engagés. Veuillez conserver copie des reçus, l'original ne vous étant pas retourné.

1 Renseignements sur le participant	Numéro de contrat 86399	Numéro de division	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime Teva Canada Limitée	
	Participant (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
	Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	Province	Code postal
2 Renseignements sur le demandeur À remplir pour tous les frais engagés. Utilisez une ligne par demandeur.	Nom du demandeur	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant		
3 Confirmation de la demande	Total de TOUS les frais figurant sur les reçus				\$
	<p>Je certifie que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (personnes à ma charge), que les frais n'ont pas déjà été remboursés au titre d'un autre régime et que les renseignements fournis sont exacts et complets. J'autorise la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la détermination de l'admissibilité, de l'administration de la couverture, du versement des prestations, de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, exploitant de club, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. J'autorise Manuvie à divulguer à mon employeur le montant des prestations versées au titre du régime à des fins de déclaration fiscale. Je comprends que les types de frais remboursés à même le compte de frais imposables sont définis par le promoteur du régime et que la détermination de leur admissibilité est entièrement à sa discrétion. Je comprends que les frais remboursés à même le compte de frais imposables seront ajoutés par mon employeur à mon revenu imposable figurant sur le feuillet T4 pour l'année d'imposition où les frais ont été engagés. Je comprends que le remboursement de ces frais représente un avantage imposable et que je suis responsable du paiement de tout impôt s'y rattachant. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. Je comprends que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.manuvie.ca/assurancecollective ou en m'adressant au promoteur du régime.</p>				
Signature du participant				Date (jj/mmmm/aaaa)	
<p>Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les employés, représentants et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; • les personnes que vous avez autorisées; et • les personnes autorisées par la loi. <p>Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.</p>					
4 Envoi de la demande	<ul style="list-style-type: none"> • Agrafez au verso les reçus et, s'il y a lieu, un formulaire Demande de règlement Assurance-maladie complémentaire ou Demande de règlement Soins dentaires dûment rempli et les bordereaux de prestations des assureurs. • Insérez le présent formulaire dûment rempli dans une enveloppe et envoyez le tout à l'adresse suivante : FINANCIÈRE MANUVIE RÈGLEMENTS MALADIE, COLLECTIVE B.P. 2580, SUCC. B MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 5C6 				

Veuillez signer ici.