Financière Manuvie

Soins médicaux – Assurance collective

PARTIE 1 – À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

Université McGill | **85210**

Promoteur du régime | Numéro de contrat | Numéro de certificat du participant

Participant – Nom de famille | Prénom(s) | Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)

Participant - Adresse | Numéro | Rue | Ville | Province | Code postal

1. Avez-vous une carte médicaments de Manuvie? ☐ Non ☐ Oui
2. La demande fait-elle suite à un voyage à l'étranger? ☐ Non ☐ Oui Si oui, du _____ (jj/mmmm/aaaa) au _____ (jj/mmmm/aaaa)
3. Une demande d'indemnisation a-t-elle été présentée à la CSST ou à un organisme semblable? ☐ Non ☐ Oui

Coordination des prestations

4. Avez-vous droit à des prestations d'un autre régime collectif? ☐ Non ☐ Oui
   Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants _____ Nom de l'assureur | Numéro de contrat
5. Si une autre assurance était en vigueur jusqu'à tout récemment, veuillez indiquer la date de la cessation _____ (jj/mmmm/aaaa)

Si votre conjoint est couvert par un autre régime de soins médicaux, il doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Veuillez fournir ensuite un formulaire de demande de règlement dûment rempli à la Financière Manuvie et une copie du règlement versé par l'autre assureur. Les demandes de règlement concernant les personnes à charge doivent être présentées en premier à l'assureur du parent dont l'anniversaire survient en premier pendant l'année civile.

Renseignements sur la demande de règlement

Veuillez fournir tous les renseignements demandés et énumérer les frais engagés par ordre chronologique. Utilisez une ligne différente pour chaque personne et annexez les reçus originaux. Les formulaires incomplets et les photocopies de reçus ne peuvent pas être traités.

Nom du patient	Lien de parenté avec le participant	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Si personne à charge: Étudiant à temps plein?	Si personne à charge: Travail à temps plein?	Date du reçu (jj/mmmm/aaaa)	Description des frais*	Total

* Veuillez indiquer le type de frais (médicaments, physiothérapie, etc.)

PARTIE 2 – DÉCLARATION ET AUTORISATION

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) 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 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, 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, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. 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.

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 :

- les employés, représentants, réassureurs 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.

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.

Signature du participant | **Date** (jj/mmmm/aaaa)

Service des Règlements, Collective
C.P. 2580, succ. B
Montréal (Québec) H3B 5C6

Téléphone : 1 800 268-6195
Visitez notre site Web : www.manuvie.ca/assurancecollective