

Partie 1 – Directives

Veillez utiliser ce formulaire afin de présenter à la Canada Vie une demande de protection pour une personne à charge ayant une invalidité.

1. Remplissez les parties 2 à 6 au complet, puis demandez à votre médecin traitant ou à votre infirmier(ère) praticien(ne) de remplir les parties 7 et 8.
2. Joignez tous les autres documents justificatifs qui vous ont été fournis par des établissements d'enseignement ou des professionnels de la santé et qui appuient votre demande (le cas échéant).
3. Envoyez le tout à la Canada Vie. Voir la partie 9.

Veillez noter que le Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP) ne rembourse pas les frais que votre médecin pourrait exiger pour fournir des renseignements médicaux.

Tous les formulaires relatifs au RSDFP doivent être soumis par le membre du régime. Il se peut que nous divulguions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement à votre employeur, à votre fournisseur de services ou à une personne agissant en votre nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

Partie 2 – Renseignements sur le membre du régime – Vous devez remplir cette partie au complet. Si vous n'êtes pas certain de votre numéro de régime ou de certificat, veuillez consulter votre carte de prestations du RSDFP, le site web des Services aux membres du RSDFP de la Canada Vie ou la partie 9 du présent formulaire pour obtenir nos coordonnées.

Nom du régime Régime de soins dentaires de la fonction publique		Numéro de régime		Numéro de certificat du membre du régime	
Nom du membre du régime					
Prénom			Nom de famille		
Adresse du membre du régime					
Numéro et rue		Ville/village		Province/territoire/état	
Code postal/ZIP					
Pays	Date de naissance	Jour	Mois	Année	

Partie 3 – Renseignements sur la personne à charge

Prénom		Nom de famille		Lien avec le membre du régime	
Date de naissance		Jour	Mois	Année	
État matrimonial de la personne à charge		☐ Célibataire ☐ Partenaire en mariage / partenaire de fait ☐ Autre : _____			
Lieu de résidence de la personne à charge (s'il est différent de celui du membre du régime)					
Numéro et rue		Ville/village		Province/territoire/état	
Code postal/ZIP					

Si la personne à charge ne réside pas à votre domicile 365 jours par année, veuillez fournir des explications.

Éducation de la personne à charge

Plus haut niveau d'éducation atteint : _____

La personne à charge fréquente-t-elle actuellement un établissement d'enseignement? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, la personne à charge fréquente-t-elle l'établissement d'enseignement à temps plein? ☐ Oui ☐ Non

Date prévue de la fin du programme : Jour Mois Année

Nom du programme et de l'établissement : _____

Si non, donnez le nom du dernier programme suivi et de l'établissement d'enseignement fréquenté. Indiquez également le dernier jour de fréquentation et la raison expliquant l'arrêt de fréquentation.

Emploi de la personne à charge

La personne à charge a-t-elle déjà été employée? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez les dates d'emploi les plus récentes et les types d'emploi.

Période d'emploi (jj-mmm-aaaa) à (jj-mmm-aaaa)	Employeur	Titre du poste	Revenu mensuel moyen	Heures travaillées par semaine	Raison de la cessation d'emploi, le cas échéant

La personne à charge est-elle incapable d'exercer un emploi de manière autonome et dépend-elle principalement du participant du régime pour son soutien et entretien? ☐ Oui ☐ Non Si oui, y a-t-il une date prévue de retour aux études ou au travail? Jour Mois Année

Partie 3 – Renseignements sur la personne à charge (suite)**Déclaration du membre**

Dans vos propres mots, décrivez les activités de la personne à charge au cours d'une journée typique (p. ex. socialiser, se déplacer, manger, hygiène personnelle). Veuillez joindre une page supplémentaire si vous avez besoin de plus d'espace.

Documents supplémentaires

Nous vous encourageons à joindre tous les documents justificatifs qui vous ont été fournis par des établissements d'enseignement ou des professionnels de la santé et qui appuient votre demande. Voici des exemples :

- Des évaluations pédagogiques récentes
- Des évaluations cognitives ou des rapports neuropsychologiques récents
- Des notes cliniques ou des rapports de spécialiste rédigés au cours de la dernière année

Partie 4 – Coordination des prestations – Remplissez cette partie pour indiquer si la personne à charge bénéficie d'une protection des prestations dentaires au titre d'un autre régime. Ces renseignements serviront à déterminer si la demande a déjà été évaluée au titre d'un autre régime de prestations.

1. Votre personne à charge a-t-elle droit à une autre assurance dentaire? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.
2. Si l'autre régime d'assurance appartient à votre partenaire en mariage ou de fait ou à un autre parent / tuteur légal de l'enfant à charge, veuillez fournir sa date de naissance. Jour Mois
3. Est-ce que l'autre assurance est également offerte par la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez fournir : Numéro de régime : Numéro de certificat :
Signature d'autorisation du participant de l'autre régime d'assurance : X
4. La personne à charge a-t-elle déjà été protégée en tant que personne à charge ayant une invalidité au titre d'un autre régime de la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez fournir : Numéro de régime : Numéro de certificat :

Partie 5 – Protection des renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à évaluer votre demande de règlement et à administrer le régime collectif. Veuillez consulter l'[Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSDFP](https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/sujets/regimes-assurance/regimes/regime-soins-dentaires/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-dentaires-fonction-publique.html) (<https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/sujets/regimes-assurance/regimes/regime-soins-dentaires/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-dentaires-fonction-publique.html>) pour obtenir de plus ample renseignement sur la façon dont votre vie privée est préservée. En cas de divergence entre la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#) ([//laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-21/](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-21/)), l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSDFP et les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes. 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 fournisseurs de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez canadavie.com.

Partie 6 – Confirmation, autorisation et signature

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé ou de soins dentaires, mon promoteur du régime, l'Administration du RSSFP fédérale (pour le RSSFP uniquement), le ou les Conseils de gestion du Régime de soins dentaires (pour le RSDFP et/ou le RSDP, selon le ou les régimes auxquels vous participez auprès de la Canada Vie), 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 fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou l'extérieur du Canada, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Je comprends que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'extérieur du Canada.

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.

Conformément à l'[Autorisations et déclarations de l'adhésion préalable](#) (bienvenue.canadavie.com/rsdfr/adhesion-prealable/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) acceptés lors de l'adhésion préalable (si vous avez effectué l'adhésion préalable par formulaire papier, reportez-vous à votre dossier d'adhésion préalable), j'accepte la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels comme il est indiqué à la section Protection des renseignements personnels, dans les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie et dans le ou les Énoncés sur la protection des renseignements personnels du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (selon le ou les régimes auxquels vous participez auprès de la Canada Vie).

Aux fins de révision ou d'audit, ou dans le cas de paiements en trop ou paiements erronés que je n'ai pas remboursés à la Canada Vie, j'accepte que la Canada Vie divulgue les renseignements personnels liés à ces paiements au promoteur du régime, au Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, à l'Administration du RSSFP fédérale (pour le RSSFP uniquement) et à tout Conseil de gestion du Régime de soins dentaires (pour le RSDFP et/ou le RSDP, selon le ou les régimes auxquels vous participez auprès de la Canada Vie). Le promoteur du régime / Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada peut divulguer ces renseignements personnels à des institutions gouvernementales afin que les surpaiements et/ou les paiements erronés ainsi que les intérêts correspondants (s'il y a lieu) soient retenus des sommes que Sa Majesté me doit, le cas échéant, ou déduits de ces sommes. 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 partenaire en mariage et/ou mes personnes à charge; et que mon partenaire en mariage et/ou mes personnes à charge sont admissibles au titre de mon régime. La présentation 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 promoteur du régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

Signature du membre du régime X

Date

Jour Mois Année

Partie 7 – Déclaration du médecin traitant ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé

Diagnostic principal : _____ Date du diagnostic : Jour Mois Année
Diagnostic secondaire : _____ Date du diagnostic : Jour Mois Année
Diagnostic secondaire : _____ Date du diagnostic : Jour Mois Année

Capacités fonctionnelles

Le patient a-t-il une incapacité physique? ☐ Oui ☐ Non Cette incapacité est-elle permanente? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.

Si l'incapacité n'est pas permanente, quand le patient devrait-il se rétablir ou quand son état devrait-il s'améliorer?

Le patient a-t-il une incapacité cognitive? ☐ Oui ☐ Non Cette incapacité est-elle permanente? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.

Si l'incapacité n'est pas permanente, quand le patient devrait-il se rétablir ou quand son état devrait-il s'améliorer?

Y a-t-il une date prévue à laquelle le patient pourra retourner aux études ou entrer sur le marché du travail? ☐ Oui ☐ Non

Date : Jour Mois Année

Décrivez la nature et la gravité de l'incapacité cognitive.

Le patient a-t-il une incapacité à effectuer les activités suivantes?

Reste en position assise	☐ Oui ☐ Non	Précisions : _____
Se déplacer	☐ Oui ☐ Non	Précisions : _____
Soulever ou porter une charge	☐ Oui ☐ Non	Précisions : _____
Faire preuve de dextérité	☐ Oui ☐ Non	Précisions : _____
Parler	☐ Oui ☐ Non	Précisions : _____
Entendre	☐ Oui ☐ Non	Précisions : _____
Voir	☐ Oui ☐ Non	Précisions : _____

Indiquez si le patient a besoin d'aide pour effectuer les activités suivantes et, si oui, précisez le type d'aide nécessaire :

Soins personnels ou d'hygiène (*se laver, s'habiller, etc.*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Soins personnels ou soins autonomes (*prendre ses médicaments, gérer son horaire et aller à ses rendez-vous médicaux*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Finances personnelles (*faire des opérations bancaires, payer les factures, faire un budget, etc.*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Entretien du foyer (*faire la cuisine, le ménage, les courses, etc.*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Transport (*conduire, prendre le transport en commun avec ou sans appareils fonctionnels*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Routine ou horaire (*planifier son horaire et le respecter*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Prise de décisions (*faire preuve de jugement pour prendre de bonnes décisions*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Compétences cognitives (*être capable d'établir des objectifs, de résoudre des problèmes, de prendre des décisions appropriées*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Toilette et continence (*être capable de se transférer de manière autonome, prendre soin de soi, de son hygiène ou avoir besoin d'aide*)

☐ Oui ☐ Non Décrivez le type d'aide nécessaire. _____

Veuillez décrire le type de travail que le patient peut accomplir.

Partie 7 – Déclaration du médecin traitant ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé (suite)

Traitement (médicaments, thérapies et autres traitements)

Date du dernier rendez-vous : Jour Mois Année Date du prochain rendez-vous : Jour Mois Année

Décrivez le plan de traitement actuel (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire).

Médicaments :

Thérapies :

Quels autres médecins ou fournisseurs de soins de santé participent au traitement du patient (utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire).

Nom	Spécialité	Adresse

Prognostic :

Veuillez ajouter tout autre commentaire qui, selon vous, serait utile pour comprendre l'état du patient.

Partie 8 – Confirmation et signature du médecin traitant ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques, exacts et complets.

Nom du médecin traitant ou de l'infirmier(ère) praticien(ne)

Nom	Numéro de téléphone
--------------------------	--

Adresse du médecin traitant ou de l'infirmier(ère) praticien(ne)

Numéro et rue	Ville/village	Province/territoire/état	Code postal/ZIP
------------------------------------	------------------------------------	---	--------------------------------------

Signature X	Date
	Jour Mois Année

Partie 9 – Présentation de votre demande

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

PAR COURRIEL

servicesmedicaux@canadavie.com

PAR LA POSTE

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Gestion des demandes de règlement, Soins médicaux et Soins dentaires
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

PAR TÉLÉCOPIEUR

1 204 938-2820

Des questions? Appelez la Canada Vie :

Amérique du Nord (sans frais) : 1 855 415-4414 du lundi
au vendredi, entre 8 h et 17 h (votre heure locale)
International (à frais virés) : 1 431 489-4064



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