





**Partie 4 – Renseignements sur le patient** - Remplissez cette section pour tous les frais; une ligne par patient.

Nom du patient		Lien entre le patient et le membre du régime			Date de naissance du patient			Si l'enfant à charge admissible est âgé de 21 à 25 ans, étudie-t-il à temps plein?	
Prénom	Nom de famille	Moi-même	Partenaire en mariage ou partenaire de fait	Enfant à charge admissible	Jour	Mois	Année	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"/>

**Partie 5 – Coordination des prestations** - Remplissez cette partie pour indiquer si le patient bénéficie d'une protection des prestations dentaires au titre d'un autre régime.

- Le patient a-t-il droit à une autre assurance dentaire pour les frais présentés au titre de la demande de règlement?  Oui  Non  
Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.
  - À qui appartient l'autre régime d'assurance?  Moi-même  Partenaire en mariage ou partenaire de fait  Enfant à charge admissible  
Prénom  Nom de famille
  - Si l'autre régime appartient à votre partenaire en mariage ou partenaire de fait et que le patient est un enfant à charge admissible, veuillez fournir la date de naissance de votre partenaire en mariage ou partenaire de fait. Jour  Mois
  - Est-ce que l'autre régime d'assurance est également offert par la Canada Vie?  Oui  Non  
Si oui, précisez : Numéro de régime  Numéro de certificat   
Signature d'autorisation du membre protégé par l'autre régime d'assurance : X
- \* Si l'autre régime d'assurance n'est pas offert par la Canada Vie et que vous avez soumis les frais à l'autre assureur, veuillez joindre à la présente demande de règlement l'explication des prestations (EDP) fournie par l'autre assureur. Une EDP est requise même si l'autre assureur n'a pas versé de prestations.
- \*\* Nous évaluons les demandes de règlement en utilisant les renseignements que vous avez fournis pendant le processus d'adhésion préalable; toute divergence pourrait retarder notre évaluation de votre demande de règlement.

**Partie 6 – Renseignements sur votre demande de règlement** - Remplissez cette section pour nous fournir des renseignements supplémentaires sur votre demande de règlement.

- (a) Le traitement est-il requis à la suite d'un accident?  Oui  Non  
(b) Si oui, précisez la date, Jour  Mois  Année  et le lieu   
Circonstances ou type de blessure
- (c) Si vous êtes protégé au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSDFP), veuillez nous fournir une copie de l'explication des prestations.
- (a) La demande de règlement est-elle présentée pour une prothèse, une couronne ou un pont?  Oui  Non  
(b) S'agit-il d'une mise en place initiale?  Oui  Non  
(c) Si oui, veuillez fournir des radiographies prises avant le traitement pour une couronne ou un pont.  
(d) Si non, veuillez indiquer la date de la dernière mise en place et la raison du remplacement. Jour  Mois  Année
- (a) Le traitement est-il requis à des fins d'orthodontie?  Oui  Non  
(b) Si oui, veuillez indiquer la date de la mise en place initiale de l'appareil. Jour  Mois  Année



**Partie 7 – 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>) 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/fr/lois/p-21/](http://laws-lois.justice.gc.ca/fr/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](http://canadavie.com).

**Partie 8 – 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 à 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/rsdfp/adhesion-prealable/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html](http://bienvenue.canadavie.com/rsdfp/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, mon partenaire de fait et/ou mes personnes à charge; et que mon partenaire en mariage, mon partenaire de fait 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

**Partie 9 – Présentation de votre demande de règlement**

Veuillez envoyer votre demande de règlement à la Canada Vie.

**EN LIGNE**

[canadavie.com/rsdfp](http://canadavie.com/rsdfp)

Ouvrez une session dans votre compte du site web des Services aux membres du RSDFP pour soumettre vos demandes de règlement et vos traitements de plan.

**Des questions ? Appelez la Canada Vie :**

Amérique du Nord (sans frais) : 1 855 415-4414  
International (à frais virés) : 1 431 489-4064

**PAR LA POSTE**

Service des indemnités de Montréal  
CP 4592 Succursale A  
Toronto ON M5W 0L5



**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

**AVEZ-VOUS REMPLI TOUTES LES PARTIES DU FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT?**