



RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

AUTORISATION POUR LA PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT ET LA CESSIION DES PRESTATIONS

Partie 1 – Directives

Veuillez utiliser ce formulaire pour donner votre autorisation à la Canada Vie relativement à la présentation des demandes de règlement et à la cession des prestations.

1. Veuillez remplir ce formulaire au complet.
2. Envoyez le formulaire à l'adresse appropriée de la Canada Vie. Voir la partie 7.

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 7 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 ou village	Province/Territoire/État
			Code postal/Zip
Pays	Date de naissance	Jour	Mois
			Année

Partie 3 – Déclaration

Selon le Règlement du Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP), un membre du régime peut céder les remboursements prévus à l'égard d'une ou de plusieurs demandes de règlement à son partenaire en mariage ou à son partenaire de fait. Afin d'assurer la bonne administration du régime, l'employeur et l'administrateur du régime ont accepté de permettre un membre d'autoriser son partenaire en mariage ou son partenaire de fait à présenter des demandes de règlement dentaires en son nom lorsque ces demandes de règlement dentaire concernent des traitements ou des services pour le partenaire en mariage ou le partenaire de fait du membre ou pour un enfant à charge admissible du membre. De plus, si l'enfant à charge admissible du membre n'est pas sous sa garde, le membre peut autoriser la personne qui a la garde de l'enfant à charge admissible à présenter des demandes de règlement et à recevoir le remboursement pour des traitements ou des services dentaires fournis à l'enfant à charge admissible du membre.

Le membre peut demander que cette autorisation soit annulée en écrivant à l'administrateur du régime.

Partie 4 – Autorisation

Par ce document, je, , membre du Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP), autorise ce qui suit :

☐ J'autorise , qui est

- ☐ mon partenaire en mariage
- ☐ mon partenaire de fait
- ☐ la personne qui a la garde de mon ou mes enfant(s) à charge admissible(s)

à présenter, en mon nom, des demandes de règlement pour des traitements et services fournis à mon partenaire en mariage, mon partenaire de fait et mon ou mes enfant(s) à charge admissible(s) à l'administrateur du régime, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (l'administrateur du régime);

ET/OU

☐ J'autorise l'administrateur du régime à céder les remboursements prévus au titre du RSDFP pour les services et les traitements fournis à mon partenaire en mariage, mon partenaire de fait et mon ou mes enfant(s) à charge admissible(s) à :

Nom

Adresse

Téléphone

Qui est

- ☐ mon partenaire en mariage
- ☐ mon partenaire de fait
- ☐ la personne qui a la garde de mon ou mes enfant(s) à charge admissible(s)

**Partie 4 – Autorisation (suite)**

Mon ou mes enfant(s) à charge admissible(s) sont :

Nom de l'enfant	Date de naissance
Nom de l'enfant	Date de naissance
Nom de l'enfant	Date de naissance
Nom de l'enfant	Date de naissance

La présente autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je l'annule, ce que je peux faire à tout moment en avisant par écrit l'administrateur du régime de mon intention. Je comprends que, dans tous les cas où je céderai les remboursements au fournisseur dentaire qui a fourni des services à mon partenaire en mariage, à mon partenaire de fait ou à mon ou mes enfant(s) à charge admissible(s), cette cession aura préséance sur la présente autorisation.

Signature du membre du régime X _____

Date

Jour	Mois	Année
------	------	-------

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>) 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 (<http://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 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/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, 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

Jour	Mois	Année
------	------	-------



Partie 7 – Présentation du formulaire d'autorisation

Veuillez envoyer votre formulaire à la Canada Vie :

EN LIGNE

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