

- Le présent formulaire doit être utilisé pour **tous** les frais médicaux. Pour les frais dentaires, veuillez utiliser la Demande de règlement – Garantie Frais dentaires.
- Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande.
- Joignez à la demande les reçus **originaux** de tous les frais engagés et conservez-en une copie pour vos dossiers.
- Apposez votre signature à la page 2 et expédiez votre demande à l'adresse indiquée au bas de la page 2. Certains régimes permettent la présentation des demandes de règlement en ligne, à l'adresse www.securiancanada.ca.

1. Renseignements sur le participant – remplissez la présente section au complet

Numéro de contrat 50176	Numéro de participant	Promoteur de régime/employeur AADU (Régime de l'AMUQ)	Langue de préférence pour la correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (le jour)
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal	

2. Remplissez cette section si vous ou votre conjoint êtes couvert par un autre régime

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour vous au titre de votre régime en premier. Lorsque vous recevrez le relevé des prestations versées, présentez une copie du relevé et des reçus au régime de votre conjoint pour demander le règlement de la fraction impayée des frais.

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour votre conjoint au titre du régime de votre conjoint en premier. Présentez ensuite à votre régime une copie du relevé des prestations et des reçus.

Présentez les demandes de règlement reliées aux frais engagés pour vos enfants en premier lieu au régime de celui d'entre vous et votre conjoint dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année.

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime? Oui Non

Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants.

Nom de famille du conjoint	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Type de couverture <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale
Demandez-vous le règlement de frais qui NE SONT PAS couverts par le régime de votre conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, précisez :			
Si le régime de votre conjoint est établi par Securian Canada, voulez-vous que nous traitons la demande au titre des deux régimes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Numéro de contrat		Numéro de participant	
Signature du conjoint X			Date (aaaa-mm-jj)

Êtes-vous également couvert par un autre régime? Oui Non

Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants.

Type de couverture <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	Demandez-vous le règlement de frais qui NE SONT PAS couverts par l'autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, précisez
Quelle est votre situation quant à l'emploi en vertu de cet autre régime? <input type="checkbox"/> Salarié à temps plein <input type="checkbox"/> Salarié à temps partiel <input type="checkbox"/> Retraité	
Si l'autre régime est établi par Securian Canada, voulez-vous que nous traitons la demande au titre des deux régimes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Numéro de contrat	Numéro de participant

3. Renseignements sur la demande de règlement

Indiquez le nom de toutes les personnes pour lesquelles vous présentez la demande de règlement. Additionnez la somme figurant sur tous les reçus et indiquez la somme totale demandée. Assurez-vous que chaque reçu indique clairement le type de frais engagés.

Personne au nom de laquelle vous demandez le règlement		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec vous	Étudiant à temps plein	Handicapé	Somme demandée
Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
Nom de famille	Prénom			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
						Somme totale demandée
						\$

Joignez-vous des reçus pour des frais engagés hors du Canada?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle le demandeur a quitté la province de son domicile. Assurez-vous que la devise et le montant des frais sont clairement indiqués sur chaque reçu. Nous examinerons votre demande de règlement et nous convertirons les frais remboursables en dollars canadiens.

Date du départ (aaaa-mm-jj)	Frais engagés hors du Canada – Remboursement demandé
	\$

Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident du travail?

Oui Non

Dans l'affirmative, avez-vous présenté votre demande de règlement au régime d'indemnisation des accidents du travail de votre province, s'il y a lieu?

Oui Non

Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident de véhicule automobile?

Oui Non

Dans l'affirmative, avez-vous présenté votre demande de règlement au régime d'assurance automobile de votre province, s'il y a lieu?

Oui Non

4. Autorisation et signature – vous devez remplir cette section

J'atteste que tous les biens et les services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, et, le cas échéant, par mon conjoint et/ou par les personnes à ma charge. J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont exacts et complets et que les frais dont il est fait état n'ont pas déjà été remboursés au titre de ce régime ou de tout autre régime.

Si la demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement. J'atteste que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge, le cas échéant, autorisent également La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada ("Securian Canada") à me communiquer des renseignements à leur sujet relativement aux demandes de règlement présentées, aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant, et de la gestion de mon programme de garanties collectives.

J'autorise Securian Canada et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements me concernant, et, le cas échéant, concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent régime, à tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance. Je reconnais également que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou réelle et/ou abus des garanties en ce qui touche la présente demande de règlement, je reconnais et je conviens que Securian Canada peut enquêter à ce sujet, et que les renseignements me concernant et concernant mon conjoint et/ou les personnes à ma charge qui ont trait à la présente demande de règlement peuvent être communiqués à tout organisme pertinent, y compris les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux, les fournisseurs d'articles

4. Autorisation et signature – vous devez remplir cette section (suite)

médicaux et les autres compagnies d'assurance, et au besoin, au promoteur du régime, et peuvent être utilisés par ceux-ci, aux fins de l'enquête et de la prévention de la fraude et/ou de l'abus des garanties.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme pouvant m'être payable au titre de mon ou de mes régimes de garanties collectives, et que les renseignements relatifs à la présente demande de règlement soient recueillis, utilisés, et communiqués à cette fin, à toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, mon promoteur du régime.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide aux fins de la gestion du régime.

Toute référence à Securian Canada ou au promoteur comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services respectifs.

Signature du participant X	Date (aaaa-mm-jj)
--------------------------------------	-------------------

5. Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour Securian Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous et nos sociétés affiliées pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir ou de permettre à des compagnies de choix de vous offrir d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cet égard à tout moment en composant 1-888-968-4155 ou en écrivant au Bureau de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante : 25, avenue Sheppard Ouest, pièce 1400, Toronto ON M2N 6S6. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : <http://www.securiancanada.ca/fr/vie-privee/>.

Directives sur l'expédition – veuillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés.

Faites parvenir le formulaire dûment rempli au Bureau des règlements le plus proche.

Securian Canada
C.P. 963 SUCC A,
Toronto, ON, Canada M5W 1G5