

DEMANDE DE RÈGLEMENT AU TITRE DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC) ET DU COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ (CDS)

1. Renseignements personnels (Assurez-vous de remplir tous les champs dans cette section.)

N ^{os} de police d'assurance collective, de division et de certificat		Nom de l'employeur		Adresse de courriel	
Nom de l'employé assuré			Date de naissance (jj/mm/aa)		Téléphone
Adresse			Ville		Province
Une demande d'indemnisation est-elle soumise à la CSPAAT/CSST? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Si un traitement a été nécessaire en raison d'un accident, comment cet accident s'est-il produit?			Date de l'accident (jj/mm/aa)
Est-ce que vous, votre conjoint ou une personne à votre charge détenez une autre assurance en vertu de laquelle les frais faisant l'objet de la demande règlement sont admissibles? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (Si oui, veuillez remplir les deux lignes suivantes.)					
Nom du titulaire de la police				Date de naissance (jj/mm/aa)	
Nom de l'autre assureur				N ^{os} de police d'assurance collective et de certificat	

2. Processus de demande de règlement (Un reçu original est requis pour le traitement d'une demande de règlement.)

Veuillez conserver des copies des reçus originaux et du présent formulaire dûment rempli pour vos dossiers et pour toute demande future au titre de votre CDS.

Si l'Empire Vie est le deuxième payeur, veuillez joindre à votre demande de règlement une photocopie du reçu ainsi que l'explication des garanties originale provenant du premier payeur. Les demandes de règlement pour médicaments doivent être accompagnées du reçu d'ordonnance officiel fourni par le pharmacien.

Pour le CDS :

Demandes de règlement d'assurance dentaire : veuillez inclure l'exemplaire original du formulaire standard pour soins dentaires fourni par le dentiste.

Les frais peuvent être engagés par vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge, tel que prescrit par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) - www.cra.gc.ca.

Les frais admissibles sont déterminés par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et par les bulletins d'interprétation de l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Vos directives de paiement :

- Veuillez d'abord traiter cette demande de règlement au titre de la garantie d'AMC. Je coordonnerai les indemnités auprès de mon autre assureur et soumettrai une nouvelle demande pour obtenir le règlement du solde impayé au titre de mon CDS.
- Veuillez d'abord traiter cette demande de règlement au titre de la garantie d'AMC, puis prélever tout solde impayé de mon CDS (si la coordination des indemnités ne s'applique pas).
- Veuillez traiter cette demande de règlement uniquement au titre de mon CDS.
- Veuillez ne pas utiliser mon CDS pour cette demande de règlement.

De plus, si ma demande de règlement est payée seulement en partie en raison d'un nombre insuffisant de crédits à mon CDS, veuillez automatiquement utiliser toute allocation future pour me rembourser. Oui

3. Information sur votre demande de règlement

Veuillez inscrire le nom de toutes les personnes pour lesquelles vous soumettez une demande de règlement. Nous vous prions de joindre tous les reçus et d'indiquer le montant total des frais. Assurez-vous que chaque reçu indique le type de frais faisant l'objet de la demande de règlement.

Nom de la personne pour laquelle vous soumettez une demande de règlement	Date de naissance	Lien avec l'employé assuré	Total des frais
			\$
			\$
			\$
			\$

4. Attestation et autorisation

J'atteste que les énoncés ci-dessus sont complets et véridiques et que tous les reçus ci-joints ne représentent aucune duplication de frais ayant déjà fait l'objet d'une demande de règlement.

J'autorise le médecin traitant, les hôpitaux et autres fournisseurs de services médicaux à divulguer tout renseignement et tout dossier liés à la présente demande de règlement à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) et j'autorise l'Empire Vie, ses agents, ses représentants et ses consultants, ainsi que d'autres assureurs et réassureurs, à recueillir et à analyser lesdits renseignements (au besoin) dans le but d'étudier, d'évaluer et de traiter cette demande de règlement. Je comprends que l'information fournie dans la présente demande de règlement pourrait être examinée en cas d'audit du régime;

J'accepte qu'une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Je comprends que l'Empire Vie pourrait me transmettre de l'information concernant la demande de règlement ou transmettre l'information à toute autre personne pour laquelle je sou mets cette demande de règlement ou à toute personne agissant en mon nom ou en celui de la personne pour laquelle je sou mets la présente demande de règlement (au besoin) afin de confirmer l'admissibilité, ainsi que d'évaluer et de gérer la demande. Si j'ai fourni de l'information à propos d'une autre personne, je confirme que j'ai l'autorisation de le faire.

Je reconnais :

- que je suis responsable de m'assurer que tous les frais faisant l'objet de la présente demande de règlement au titre de mon CDS sont admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada);
- que toutes les personnes à charge pour lesquelles les frais font l'objet de la présente demande de règlement sont admissibles en tant que personne à charge en vertu du régime d'assurance collective ou de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et je confirme que je suis autorisé(e) à agir en leur nom.

Signature de l'employé assuré

X

Date (jj/mm/aa)

5. Dépôt direct (Pour une inscription ou une modification, veuillez inclure un chèque personnel annulé.)

- Veuillez m'inscrire Veuillez modifier mes renseignements
 Veuillez utiliser l'information à mon dossier

N^{os} de police d'assurance collective, de division et de certificat

INFORMATION IMPORTANTE

Service rapide

Pour obtenir le paiement rapide de votre règlement, veuillez vous assurer d'inclure les documents suivants :

- la demande de règlement dûment remplie et signée, comprenant votre adresse et votre code postal
- les reçus originaux (Si l'Empire Vie est le deuxième payeur, veuillez joindre à votre demande de règlement une photocopie du reçu ainsi que l'explication des garanties originale provenant du premier payeur.)
- l'explication des garanties fournie par votre autre assureur si vous coordonnez les garanties
- un chèque personnel annulé si vous désirez vous inscrire au paiement pratique par transfert électronique de fonds (TEF), ou modifier l'information personnelle figurant à votre dossier pour le TEF.

Veuillez noter que :

- Tout renseignement manquant ou erroné peut entraîner des retards de paiement.
- Si vous remplissez une demande de règlement pour une personne autre que vous-même ou une personne à charge admissible au titre du régime d'assurance collective, veuillez vous assurer que cette personne est une personne à charge admissible en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) www.cra-arc.gc.ca.
- Tous les paiements provenant du CDS seront versés directement à l'employé assuré.
- L'Empire Vie pourrait vous demander de l'information additionnelle pour évaluer cette demande de règlement ou toute demande future. Le paiement au titre de cette demande de règlement ne garantit pas l'approbation de toute demande de règlement future pour ces mêmes articles ou services.

Protection de vos renseignements personnels

À l'Empire Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection des renseignements personnels. Les renseignements personnels que nous recueillons serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime d'assurance collective. Le promoteur de votre régime pourrait avoir accès au sommaire des montants totaux demandés au titre de votre CDS à des fins de production de déclaration fiscale ou de rapports administratifs.

Prévention de la fraude à l'assurance

La fraude à l'assurance est un geste ou une omission intentionnelle visant à obtenir illégalement une prestation d'assurance. Les demandes de règlement frauduleuses augmentent le coût de votre assurance collective. Si nous obtenons la preuve d'une fraude ou d'un abus des garanties, la présente demande de règlement pourrait être transmise à tout organisme approprié, y compris les organismes de réglementation, les agences gouvernementales, les fournisseurs de services médicaux et les autres assureurs, et, si applicable, au promoteur du régime, et ce, à des fins d'enquête et de prévention de la fraude et/ou d'abus des garanties.

Pour des réponses à vos questions

Vous pouvez compter sur nos représentants du Service à la clientèle qui vous fourniront un service rapide et personnalisé pour répondre à vos questions. Veuillez composer le notre numéro sans frais 1 800 267-0215, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h HE ou envoyer un courriel à group.csu@empire.ca. Vous pouvez également visiter notre site Internet à www.empire.ca.

MD Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

3 de 3 G-0006-FR-04/19



Une fois votre demande de règlement dûment remplie, veuillez l'envoyer à l'adresse suivante :

(Nous vous prions de plier cette partie de façon à ce que l'adresse figure dans la fenêtre de l'enveloppe.)

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
Service des règlements santé, Assurance collective
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8