



## DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

NOM DE FAMILLE - MEMBRE DE RÉGIME		PRÉNOMS		NOM DE L'EMPLOYEUR	
ADRESSE		NUMÉRO DE CONTRAT		DIVISION (LE CAS ÉCHÉANT)	
APP.	VILLE	PROVINCE		NUMÉRO DE CERTIFICAT OU NUMÉRO D'IDENTIFICATION	
CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		DATE DE NAISSANCE		

### FRAIS DE MÉDICAMENT

Nom habituel du patient	Lien avec le membre de régime moi-même conjoint enfant			Date de naissance			Enfants seulement; cocher si :		Nombre de reçus par patient	Montant total facturé par patient
							étudiant à temps plein universitaire ou collégial	invalide		
				jj	mm	aaaa				
	<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"/>		\$
	<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"/>		\$

### AUTRES DÉPENSES (à l'exception des médicaments)

Nom habituel du patient	Lien avec le membre de régime moi-même conjoint enfant			Date de naissance			Enfants seulement; cocher si :		Nombre de reçus par patient	Montant facturé pour chaque dépense	Date de la visite ou de l'achat			Type de dépense
							étudiant à temps plein universitaire ou collégial	invalide			jj	mm	aaaa	
	<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"/>		\$				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
<b>TOTAL POUR TOUS LES MÉDICAMENTS ET AUTRES DÉPENSES</b>										<b>\$</b>				

### SI VOUS AVEZ UN COMPTE DE CRÉDIT SANTÉ (CCS), VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.

Afin de vous assurer d'optimiser votre couverture, veuillez réviser toute couverture dont vous disposez en vertu de tout régime d'assurance privé et faire la demande de réclamation en conséquence. Un régime privé pourrait comprendre une couverture dont vous et vos personnes à charge bénéficiez auprès d'un autre assureur. Il peut vous être utile de passer en revue les dispositions de coordination des prestations de votre livret de l'employé.

### VEUILLEZ SÉLECTIONNER SEULEMENT UNE OPTION PARI MI LES SUIVANTES :

- Je désire que mes frais admissibles soient remboursés UNIQUEMENT par mon régime d'assurance maladie ou dentaire de l'Équitable.
- Je désire que mes frais admissibles soient D'ABORD remboursés par mon régime d'assurance maladie ou dentaire de l'Équitable et que les parties non payées de mes frais admissibles soit remboursée par mon CCS.
- Je désire que TOUS mes frais admissibles soient remboursés directement par mon CCS.

**Remarque : si vous ne choisissez aucune des options ci-dessus, aucune partie de cette demande de réclamation ne sera payée par votre compte de crédit santé.**



## DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.** Cette demande de réclamation vous sera retournée si elle est incomplète ou comporte certaines erreurs.

1. Les garanties médicales sont-elles aussi offertes par un autre régime d'assurance collective? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants à propos de la personne membre en vertu de l'autre régime.

NOM DE LA MEMBRE OU DU MEMBRE

NUMÉRO DE CERTIFICAT OU D'IDENTIFICATION

DATE DE NAISSANCE

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

NUMÉRO DE CONTRAT

Si l'assurance maladie complémentaire en vertu d'un autre régime d'assurance collective a été annulée, veuillez fournir la date d'annulation

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
jour mois année

Si le régime d'assurance collective mentionné dans cette question est un régime de l'Assurance vie Équitable et que ce dernier est en vigueur, désirez-vous que nous procédions à la coordination des prestations? Oui  Non

2. Les demandes de réclamation sont-elles soumises par suite d'un accident? Oui  Non  Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date, le lieu de l'accident et expliquer comment il est survenu.

3. Y a-t-il des frais reliés à une maladie ou une blessure attribuable au travail? Oui  Non

### AUTORISATION ET CERTIFICATION

Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets. Les renseignements contenus dans la demande de réclamation, que j'ai fournis de plein gré à l'Assurance vie Équitable et conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Assurance vie Équitable aux fins de traitement et de règlement des réclamations, d'enquête et de détection et de prévention des fraudes ainsi que d'abus relativement aux réclamations. Je comprends et accepte que, à ces fins, les renseignements personnels soient accessibles et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de la Compagnie, aux tiers engagés par l'Assurance vie Équitable, à son réseau de distribution, à toute entité de mutualisation en assurance médicaments, à des réassureurs participants, à d'autres compagnies d'assurance, à des organismes d'enquête, à des fournisseurs de soins de santé, notamment aux pharmaciens, aux médecins, aux dentistes et aux praticiens, aux fournisseurs de matériel médical, aux organismes de réglementation, aux organisations gouvernementales et à mon employeur ou promoteur de régime.

Si l'Assurance vie Équitable paie ou rembourse une réclamation dont la somme dépasse le montant de la garantie en vertu du régime d'assurance collective, ou si ce paiement ou ce remboursement découle d'une fausse déclaration, d'un abus, d'une fraude, d'une falsification, d'une altération de documents de réclamation ou de reçus de la part de la requérante ou du requérant, ou que celui-ci n'a pas bel et bien reçu les biens ou les services réclamés (le « trop-perçu »), je reconnais et j'accepte ce qui suit : (a) je suis redevable envers l'Assurance vie Équitable du trop-perçu; (b) l'Assurance vie Équitable a le droit de recouvrer le trop-perçu par tous les moyens permis par la loi; (c) l'Assurance vie Équitable appliquera et compensera les versements de prestation et les remboursements avec le trop-perçu jusqu'à ce que l'Assurance vie Équitable ait récupéré la totalité du trop-perçu, et (d) en cas de fausse déclaration, d'abus, de fraude, de falsification ou d'altération de documents de réclamation ou de reçus, ou si la requérante ou le requérant n'a pas bel et bien reçu les biens ou les services réclamés, votre couverture d'assurance collective pourrait être résiliée sur-le-champ par l'Assurance vie Équitable. Je consens à ce que l'Assurance vie Équitable fournisse ces renseignements et la documentation concernant la fausse déclaration, l'abus, la fraude, la falsification ou l'altération de documents de réclamation ou de reçus à mon employeur ou promoteur de régime dans le but que ce dernier comprenne la raison de la résiliation de ma couverture d'assurance collective et pour les besoins de mon employeur ou promoteur de régime à mener sa propre enquête sur la raison de la résiliation de ma couverture d'assurance collective.

**Si vous soumettez votre demande de réclamation par voie électronique (veuillez visiter le [www.equitable.ca](http://www.equitable.ca) pour de plus amples renseignements)**

**Veillez cliquer afin de confirmer votre acceptation des modalités ci-dessus;**

**OU**

Si vous imprimez votre formulaire de demande de réclamation pour l'envoyer par la poste à l'Assurance vie Équitable, veuillez fournir votre signature écrite afin de confirmer votre acceptation des modalités ci-dessus :

**Signature - membre du régime** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

**La falsification ou l'altération des documents de réclamation ou des reçus pourraient entraîner de graves conséquences juridiques.**

### DIRECTIVES RELATIVES À LA SOUMISSION DE DEMANDE DE RÉCLAMATION - veuillez conserver une copie de votre demande et des reçus pour vos dossiers

Envoi électronique - veuillez visiter le site [www.equitable.ca](http://www.equitable.ca) ou le site [www.equitable.ca/fr](http://www.equitable.ca/fr) et utiliser notre application en ligne *ABC* RéclamationsÉquitable<sup>MD</sup> pour soumettre une demande de réclamation, ainsi que vos reçus et pièces justificatives. Il s'agit d'un portail sécurisé pour soumettre les demandes de réclamation en toute confidentialité.

Remarque : même si l'utilisation de l'Internet et du courrier électronique s'avère pratique, la transmission de renseignements personnels et confidentiels par Internet n'est pas sécurisée. Le courrier électronique est susceptible à l'interception. L'Assurance vie Équitable ne peut assurer la confidentialité des renseignements transmis par courrier électronique.

Instructions d'envoi par la poste : Veuillez envoyer par la poste votre formulaire rempli et signé à notre Service des réclamations d'assurance maladie complémentaire. Joindre tous les reçus et les pièces justificatives. Veuillez ne pas utiliser d'agrafes.

Assurance vie Équitable du Canada, à l'attention de : Services des réclamations d'assurance maladie, Assurance collective  
One Westmount Road North P.O. Box Box 1604 Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 0A7