

PARTIE 1 – Directives

Veillez utiliser ce formulaire pour présenter à MSH International des demandes de règlement au titre de la garantie-voyage d'urgence.

1. Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.
2. Joignez les reçus des services faisant l'objet de la demande de règlement et conservez une copie pour vos dossiers, car vos reçus originaux ne seront pas retournés.
3. Remplissez et joignez le formulaire provincial d'autorisation qui se trouve à l'adresse rssfp-msh.ca, afin que nous puissions coordonner les prestations avec le programme de votre province/territoire.
4. Faites parvenir le tout à MSH International. Voir PARTIE 9.

Toutes les demandes de règlement au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) doivent être soumises par le participant du régime. Il se peut que nous divulguions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement à votre employeur, à un fournisseur de services ou à une personne agissant en votre nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion de la demande de règlement.

PARTIE 2 – Renseignements sur le participant du régime - Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain de votre numéro du régime ou de certificat, veuillez consulter votre carte de prestations du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), le site web des Services aux participants du RSSFP de la Canada Vie ou encore la Partie 9 pour obtenir nos coordonnées.

Nom du régime Régime de soins de santé de la fonction publique		Numéro du régime	Numéro de certificat du participant du régime	
Nom du participant du régime				
Prénom		Nom de famille		
Adresse du participant du régime				
Numéro et rue		Ville ou village	Province/Territoire/État	Code postal/Zip
Pays	Date de naissance	Jour	Mois	Année

PARTIE 3 – Coordination des prestations - Remplissez cette section pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations au titre de tout autre régime.

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations de tout autre régime d'assurance pour soins de santé à l'égard des frais présentés au titre de la demande de règlement? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.
2. À qui appartient l'autre assurance? Moi-même Conjoint ou conjoint de fait Enfant à charge
 Prénom _____ Nom de famille _____
 Nom de l'assureur _____ Numéro du régime _____ Numéro de certificat _____
3. Si l'autre régime d'assurance appartient à votre conjoint ou conjoint de fait et que le demandeur est un enfant à charge, veuillez fournir la date de naissance de votre conjoint ou conjoint de fait (Jour _____ Mois _____)
4. Avez-vous présenté une demande de règlement à votre autre assureur ou communiqué avec ce dernier à l'égard de la présente demande de règlement? Oui Non

Si vous êtes protégé par une autre assurance, veuillez signer la déclaration suivante. Nous pourrions ainsi coordonner le paiement de votre demande de règlement avec les autres assureurs. Cette déclaration doit être signée avant le paiement de toute prestation.

Je _____ *signature* autorise la Canada Vie et ses administrateurs à coordonner le paiement des prestations avec tout autre assureur pouvant avoir des obligations à l'égard de la présente demande de règlement. Je charge irrévocablement la Canada Vie d'effectuer les paiements, de recevoir les paiements et de négocier les règlements avec les autres assureurs au nom du demandeur.

* Si l'autre assurance n'est pas offerte par la Canada Vie et que vous avez soumis les frais à votre autre assureur, veuillez joindre à la présente demande de règlement le Détail du règlement (DDR) fourni par l'autre assureur. Un DDR est requis 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 4 – Renseignements sur le demandeur - Remplissez cette section pour tous les frais; une ligne par demandeur.

Nom du demandeur		Lien du demandeur avec le participant du régime			Date de naissance du demandeur			Si l'enfant à charge est âgé entre 21 et 25 ans, étudie-t-il à temps plein?	
Prénom	Nom de famille	Moi-même	Conjoint ou conjoint de fait	Enfant à charge	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 – Précisions sur la demande de règlement - Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille séparée.

Nom du demandeur – Prénom et nom de famille	Type de frais	Nature de la maladie	Montant réclamé

PARTIE 6 – Précisions sur le voyage et l'urgence - Veuillez répondre à toutes les questions pertinentes à votre demande de règlement.

- Indiquez la date de début de votre voyage. Jour Mois Année
- Indiquez la date prévue de votre retour de voyage. Jour Mois Année
- Indiquez la date réelle de votre retour de voyage. Jour Mois Année
- Étiez-vous en voyage officiel pour des affaires gouvernementales? Oui Non
Dans l'affirmative, fournissez le détail des dates.
Date de début du voyage officiel pour des affaires gouvernementales. Jour Mois Année
Date de fin du voyage officiel pour des affaires gouvernementales. Jour Mois Année
Date de début du voyage Jour Mois Année Date de fin du voyage Jour Mois Année
- Où avez-vous voyagé? _____
- Date de l'urgence? Jour Mois Année
- Avez-vous été hospitalisés en raison de l'urgence? Oui Non
- Précisions sur l'urgence : _____

PARTIE 7 – Protection des renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Veuillez consulter l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP (canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-sante-fonction-publique-septembre-2009.html) pour en savoir plus sur le sujet.

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 RSSFP 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 le site 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 Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale, 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'étranger, 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'étranger.

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 la page Autorisation et déclaration relatives à l'adhésion avec inscription préalable (bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) acceptée lors de l'adhésion (si vous avez effectué l'adhésion préalable par formulaire papier, reportez-vous au dossier d'adhésion préalable), je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels comme il est indiqué à la section Protection des renseignements personnels du RSSFP. Aux fins de révision ou de vérification, ou si je n'ai pas remboursé à la Canada Vie des paiements en trop ou des paiements erronés, je consens à ce que la Canada Vie divulgue les renseignements personnels liés à ces paiements au promoteur du régime, au Secrétaire du Conseil du Trésor du Canada et à l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale. Le promoteur du régime/Secrétaire du Conseil du Trésor du Canada peut divulguer ces renseignements personnels à des institutions gouvernementales afin que les paiements en trop 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.

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint 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 participant du régime X _____ Date Jour Mois Année

PARTIE 9 – Présentation de votre demande de règlement

Veuillez envoyer votre demande de règlement à MSH International :

EN LIGNE

rssfp-msh.ca

Créez un compte en ligne et téléversez les documents requis. Vos renseignements sont automatiquement enregistrés. Vous pouvez les passer en revue en tout temps.

Des questions? Appelez MSH International :

Appels en Amérique du Nord : composez sans frais le 1 833 774-2700
Appels internationaux : appelez à frais virés au 1 365 337-7427

PAR LA POSTE

MSH International
CP 4903, Succursale A
Toronto ON M5W 0B1



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