

SECTION 4 – CONFIRMATION DU PARTICIPANT

JE CERTIFIE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT À MA CONNAISSANCE VÉRIDIQUES ET COMPLETS ET QUE LA PRÉSENTE DEMANDE NE PORTE PAS SUR DES FRAIS DÉJÀ REMBOURSÉS AU TITRE DU PRÉSENT RÉGIME OU D'UN AUTRE RÉGIME.

J'AUTORISE TOUTE PERSONNE OU TOUTE ORGANISATION DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS AYANT TRAIT À LA PRÉSENTE DEMANDE, NOTAMMENT TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, TOUTE COMPAGNIE D'ASSURANCE, TOUTE COMMISSION CHARGÉE DE L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET TOUTE AGENCE D'ENQUÊTE À DIVULGUER ET À ÉCHANGER LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS PAR LA FINANCIÈRE MANUVIE OU SES PRESTATAIRES DE SERVICES DE RÈGLEMENT AUX FINS DE L'ADMINISTRATION DU RÉGIME ET DU TRAITEMENT DE CETTE DEMANDE.

J'AUTORISE ÉGALEMENT LA FINANCIÈRE MANUVIE ET SES PRESTATAIRES DE SERVICES DE RÈGLEMENT À RECUEILLIR ET À UTILISER TOUS RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION DU RÉGIME ET AU TRAITEMENT DE LA PRÉSENTE DEMANDE, ET À LES ÉCHANGER AVEC LES PERSONNES ET ORGANISATIONS SUSMENTIONNÉES.

SI LA PRÉSENTE DEMANDE EST PRÉSENTÉE AU NOM DE MON CONJOINT OU DES PERSONNES À MA CHARGE, **JE SUIS AUTORISÉ** À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS À LEUR SUJET LORSQU'ILS SONT NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION DU RÉGIME ET AU TRAITEMENT DE CETTE DEMANDE.

SI MON NUMÉRO DE CERTIFICAT CORRESPOND À MON NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE, **J'AUTORISE** SON UTILISATION À DES FINS D'IDENTIFICATION ET D'ADMINISTRATION DE MON ASSURANCE.

JE RECONNAIS QU'UNE PHOTOCOPIE OU LA VERSION ÉLECTRONIQUE DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION EST AUSSI VALIDE QUE L'ORIGINAL.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE (JJ/MMMM/AAAA)

SECTION 5 – ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

LES RENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUES ET DÉTAILLÉS DEMANDÉS DANS LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DENTAIRES SONT NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE. AFIN DE PRÉSERVER LE CARACTÈRE CONFIDENTIEL DE CES RENSEIGNEMENTS, LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS (FINANCIÈRE MANUVIE) CRÉERA UN « DOSSIER DE SERVICES FINANCIERS » CONTENANT LES RENSEIGNEMENTS QUI SERONT UTILISÉS POUR TRAITER LA DEMANDE, OFFRIR ET ADMINISTRER DES SERVICES ET TRAITER DES DEMANDES DE RÈGLEMENT. L'ACCÈS À CE DOSSIER SERA LIMITÉ AUX EMPLOYÉS, MANDATAIRES ET ADMINISTRATEURS DE LA FINANCIÈRE MANUVIE RESPONSABLES DE L'ÉVALUATION DES RISQUES (TARIFICATION), DU MARKETING, DE L'ADMINISTRATION DES SERVICES ET DE L'ÉVALUATION DES SINISTRES, AINSI QU'À TOUTE AUTRE PERSONNE AYANT REÇU VOTRE AUTORISATION OU AUTORISÉE EN VERTU DE LA LOI. CES PERSONNES, ORGANISATIONS ET FOURNISSEURS DE SERVICES PEUVENT SE TROUVER DANS DES TERRITOIRES DE COMPÉTENCE SITUÉS À L'ÉTRANGER ET ÊTRE SOUMIS AUX LOIS EN VIGUEUR DANS CES TERRITOIRES. VOTRE CONSENTEMENT QUANT À L'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS POUR VOUS OFFRIR DES PRODUITS ET SERVICES EST FACULTATIF ET VOUS POUVEZ Y METTRE FIN, SI VOUS LE VOULEZ, EN ÉCRIVANT À LA FINANCIÈRE MANUVIE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-APRÈS. VOTRE DOSSIER EST GARDÉ EN LIEU SÛR DANS NOS BUREAUX OU CEUX DE NOTRE ADMINISTRATEUR OU AGENT. VOUS POUVEZ DEMANDER À EXAMINER LES RENSEIGNEMENTS QU'IL CONTIENT ET À Y FAIRE APPORTER DES CORRECTIONS EN ÉCRIVANT À L'ADRESSE SUIVANTE : RESPONSABLE DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, MARCHÉS DES GROUPES À AFFINITÉS, FINANCIÈRE MANUVIE, P.O. BOX 4213, STN A, TORONTO (ONTARIO) M5W 5M3. VOUS TROUVEREZ SUR LE SITE **MANUVIE.CA** NOTRE POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ ET NOS PRINCIPES DIRECTEURS EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

SECTION 6 – ENVOI DE LA DEMANDE

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE ET TOUS REÇUS CORRESPONDANTS PAR LA POSTE À L'ADRESSE SUIVANTE :

MARCHÉS DES GROUPES À AFFINITÉS, FINANCIÈRE MANUVIE
RÈGLEMENTS SOINS DENTAIRES
C.P. 4215, succ. A
TORONTO (ONTARIO) M5W 5M6

LA FINANCIÈRE MANUVIE N'ASSUMERA EN AUCUN CAS LES FRAIS REQUIS POUR FAIRE REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE.

SECTION 7 – SOUTIEN

🔗 BARINSURANCE.COM – POUR IMPRIMER D'AUTRES EXEMPLAIRES DU FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DENTAIRES

✉ RENSEIGNEMENTS@MANUVIE.COM

☎ 1 877 396-5277 – DU LUNDI AU VENDREDI, DE 8 H À 20 H (HE)