

SECTION 4 – CONFIRMATION DU PARTICIPANT

JE CERTIFIE QUE TOUS LES BIENS ET SERVICES FAISANT L'OBJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ONT ÉTÉ REÇUS PAR MOI-MÊME, MON CONJOINT OU LES PERSONNES À MA CHARGE MINEURES OU MAJEURES (PERSONNES À MA CHARGE) ET QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT EXACTS ET COMPLETS. **J'AUTORISE** LA FINANCIÈRE MANUVIE (MANUVIE) À RECUEILLIR, UTILISER, CONSERVER ET DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS RELATIFS À MA DEMANDE (RENSEIGNEMENTS) AUX FINS DE LA GESTION DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE, DE VÉRIFICATIONS ET DU TRAITEMENT DE MA DEMANDE. LES PERSONNES À MA CHARGE **M'AUTORISENT** À DIVULGUER ET À RECEVOIR DES RENSEIGNEMENTS À LEUR SUJET LORSQU'ILS SONT NÉCESSAIRES AUX FINS CI-DESSUS. **J'AUTORISE** TOUTE PERSONNE OU ORGANISATION DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS, NOTAMMENT TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ, AUTORITÉ PROFESSIONNELLE, EMPLOYEUR, ADMINISTRATEUR DE RÉGIME OU D'AUTRES PROGRAMMES D'AVANTAGES SOCIAUX, ASSUREUR ET SERVICE D'ENQUÊTE, À RECUEILLIR, UTILISER, CONSERVER – ET ÉCHANGER ENTRE EUX ET AVEC MANUVIE, SES RÉASSUREURS ET SES PRESTATAIRES DE SERVICES – LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES AUX FINS CI-DESSUS. SI MON NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE CORRESPOND À MON NUMÉRO DE CERTIFICAT, **J'AUTORISE** SON UTILISATION À DES FINS D'IDENTIFICATION ET D'ADMINISTRATION. **JE RECONNAIS** QU'UNE PHOTOCOPIE OU UNE VERSION ÉLECTRONIQUE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION EST VALIDE. **JE COMPRENDS** QUE JE PEUX OBTENIR DE L'INFORMATION SUR LA POLITIQUE DE MANUVIE EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EN CONSULTANT LE SITE WWW.MANUVIE.CA/ASSURANCECOLLECTIVE OU EN M'ADRESSANT AU PROMOTEUR DU RÉGIME.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE (JJ/MMMM/AAAA)

TOUS LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS PAR MANUVIE CONFORMÉMENT À LA PRÉSENTE AUTORISATION SERONT CONSERVÉS DANS UN DOSSIER D'ASSURANCE MALADIE COLLECTIVE. SEULES LES PERSONNES SUIVANTES AURONT ACCÈS À CES RENSEIGNEMENTS :

- LES EMPLOYÉS, REPRÉSENTANTS, RÉASSUREURS ET PRESTATAIRES DE SERVICES DE MANUVIE DANS L'ACCOMPLISSEMENT DE LEURS TÂCHES;
- LES PERSONNES QUE VOUS AVEZ AUTORISÉES; ET
- LES PERSONNES AUTORISÉES PAR LA LOI.

VOUS AVEZ LE DROIT DE DEMANDER L'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VERSÉS À VOTRE DOSSIER ET, AU BESOIN, DE DEMANDER LA CORRECTION DE TOUT RENSEIGNEMENT INEXACT.

SECTION 5 – ENVOI DE LA DEMANDE

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE ET TOUS REÇUS CORRESPONDANTS PAR COURRIER À L'ADRESSE APPROPRIÉE.

**SI VOUS HABITEZ À
L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC :** ASSURANCE COLLECTIVE FINANCIÈRE MANUVIE
RÈGLEMENTS FRAIS DENTAIRES
P.O. BOX 1654, WATERLOO (ONTARIO) N2J 4W2

**SI VOUS HABITEZ
AU QUÉBEC :** ASSURANCE COLLECTIVE FINANCIÈRE MANUVIE
RÈGLEMENTS FRAIS DENTAIRES
C.P. 5000, SUCC. B, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4B5