



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
COMPTE CRÉDIT BIEN-ÊTRE

Vous devez utiliser ce formulaire pour demander un remboursement au titre de votre Compte crédit bien-être (CBE). Ceci n'est pas un formulaire de demande de règlement de Compte crédit santé (CCS). Veuillez n'utiliser qu'un formulaire par personne.

Form with fields: N° d'identification du membre du régime, Autre n° d'identification, Date de naissance, Nom de famille, Prénom, Adresse, Ville, Province, Code Postal, Numéro de téléphone.

Veillez noter que les dépenses admises se limitent aux prestations précisément comprises dans votre contrat. Veuillez consulter votre livret des prestations pour plus de précisions concernant la couverture. Les prestations versées par votre CBE sont imposables. Les paiements seront imposés selon l'année dans laquelle les demandes de règlement ont été traitées et non selon l'année où les dépenses ont été encourues.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE BIEN-ÊTRE (Veillez inclure les reçus)

Table with 5 columns: Description des frais, Date des frais, Nom, N° de la personne à charge, Montant. Includes a row for 'Remboursement total demandé \$'.

Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.
En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à RBC Vie à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par RBC Vie pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.
J'autorise en outre RBC Vie à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.

Sous réserve des limites de Revenu Canada et des règlements du régime, j'autorise RBC Vie, par la présente, à porter la demande ci-dessus à mon Compte crédit bien-être (CBE).
Signature du membre du régime Date

VEUILLEZ JOINDRE TOUS LES REÇUS ORIGINAUX et en garder copie pour vos dossiers étant donné qu'ils ne vous seront pas retournés.
LE PATIENT/ MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A
ADRESSE POSTALE:
Compagnie d'assurance vie RBC
a/s : Compte crédit bien-être
C.P. 1601
Windsor, ON N9A 0B4
Pour les demandes de renseignements, communiquez avec notre CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE
1 855 264-2174
www.rbcinsurance.com/planmember