Formulaire d'adhésion préalable au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) par l'intermédiaire d'Anciens Combattants Canada et de débit préautorisé

Numéro de régime
Numéro de certificat

Directives

- Tout formulaire incomplet ou illisible vous sera retourné par la poste afin que vous le soumettiez de nouveau.
- Remplissez toutes les sections du formulaire. **Veuillez écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, à l'encre; signez et datez le formulaire, puis retournez-le à :**

  La Canada Vie
  SAG DG1227
  CP 6000, Succursale Main
  Winnipeg, MB R3C 3A5.

Des questions? Consultez canadavie.com/rssfp ou appelez-nous au 1 855 415-4414, du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h (votre heure locale).

☐ **J'effectue mon adhésion préalable pour la première fois auprès de la Canada Vie.**
☐ **J'ai déjà effectué mon adhésion préalable et je souhaite y apporter un changement.**

1 Vos coordonnées

Nom de famille	Prénom	Prénom préféré
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre	
Adresse postale (numéro et rue, et/ou case postale)		Numéro d'appartement

Ville	Province/Territoire/État	Code postal/ZIP	Pays

Pays de résidence actuel pour les participants bénéficiant d'une protection totale	Le pays de résidence actuel est le pays où vous résidez ou travaillez actuellement ou le pays où vous êtes affecté ou muté. Il peut différer de votre adresse postale.
Province ou territoire du Canada qui vous fournit des soins de santé	La province ou le territoire où vous êtes protégé par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial lorsque vous êtes au Canada.

2 Mode de communication privilégié

Comment souhaitez-vous que l'on communique avec vous?

Veuillez sélectionner un seul mode de communication. Si vous sélectionnez les deux, nous considérerons que votre mode de communication privilégié est le courriel.

☐ **Courriel (indiquez votre adresse courriel)** _____

☐ **Papier (les communications seront envoyées à l'adresse postale indiquée à la section 1)**

3 Renseignements sur la coordination des prestations

En plus du RSSFP, bénéficiez-vous d'une autre protection pour soins de santé en tant que participant? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

De quelles garanties bénéficiez-vous au titre de l'autre régime (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?
☐ **Services de santé** ☐ **Médicaments** ☐ **Soins de la vue**

Votre autre protection est-il auprès de la Canada Vie? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Dans l'affirmative, indiquez le numéro de régime : _____ **Numéro d'identification du participant :** _____

Êtes-vous un retraité au titre de l'autre régime? ☐ **Oui** ☐ **Non** **Dans la négative, quel régime est entré en vigueur en premier?** ☐ **Le RSSFP** ☐ **L'autre régime**

4 Renseignements sur votre époux ou conjoint de fait admissible

Raison du changement : ☐ **Ajout** ☐ **Modification** ☐ **Suppression** **Date d'effet (aaaa-mmm-jj)** _____

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

Votre époux ou conjoint de fait est-il protégé au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? ☐ **Services de santé** ☐ **Médicaments** ☐ **Soins de la vue**

Votre époux ou conjoint de fait participe-t-il également au RSSFP? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Dans l'affirmative, indiquez son numéro de certificat dans le cadre du RSSFP : _____

Dans la négative, l'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Dans l'affirmative, numéro de régime : _____ **Numéro d'identification du participant :** _____

M7515(VAC)(f)-10/24
VACFR2

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

5 Renseignements sur les enfants à votre charge admissibles

Personne à charge 1

Raison du changement : ☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

☐ Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
☐ Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
☐ Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement

Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? ☐ Services de santé ☐ Médicaments ☐ Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

Personne à charge 2

Raison du changement : ☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

☐ Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
☐ Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
☐ Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement

Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? ☐ Services de santé ☐ Médicaments ☐ Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

5 Renseignements sur les enfants à votre charge admissibles (suite)

Si vous devez ajouter plus de quatre personnes à charge, utilisez une photocopie du présent formulaire.

Personne à charge 3

Raison du changement : ☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

☐ Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
☐ Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
☐ Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement

Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? ☐ Services de santé ☐ Médicaments ☐ Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

Personne à charge 4

Raison du changement : ☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre

☐ Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
☐ Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
☐ Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement

Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? ☐ Services de santé ☐ Médicaments ☐ Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

6 Autorisation et déclaration

- Le promoteur du régime est le gouvernement du Canada.
- L'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale est l'organisme responsable de l'administration du RSSFP.
- L'administrateur du régime à qui le contrat a été octroyé est La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie).
- Les renseignements personnels, aux fins du présent consentement, désignent les renseignements personnels décrits dans les énoncés sur la protection des renseignements personnels du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), du Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP) et du Régime de services dentaires pour les pensionnés (RSDP).

Le gouvernement du Canada recueille, traite et conserve des renseignements personnels aux fins de l'administration du RSSFP, du RSDFP et du RSDP conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada. Les énoncés sur la protection des renseignements personnels du RSSFP, du RSDFP et du RSDP ont été élaborés conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels.

À titre d'administrateur du régime sous contrat, la Canada Vie a accepté de se conformer à la Loi sur la protection des renseignements personnels. La Canada Vie est assujettie à d'autres lois sur la protection des renseignements personnels applicables dans les juridictions où elle exerce ses activités. La Canada Vie publie sa Politique de protection des renseignements personnels dans son site web. En cas de divergence entre la Loi sur la protection des renseignements personnels et les autres lois, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes. Vos renseignements personnels et ceux de vos personnes à charge admissibles, le cas échéant, seront conservés de façon sécuritaire et confidentielle. Vos renseignements personnels sont utilisés pour administrer votre protection. Ils nous aident à vérifier votre identité, à tenir à jour vos renseignements sur l'adhésion préalable, à évaluer votre admissibilité, à obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et à protéger toutes les parties contre des risques tels que la fraude.

L'accès à vos renseignements personnels est limité aux personnes qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches ainsi qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès. Dans le cadre du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit), l'administrateur du régime et ses sous-traitants peuvent s'échanger des renseignements personnels à votre sujet afin de faciliter l'administration des services. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués à des fournisseurs de soins de santé, à d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, à des fournisseurs de services de traitement des demandes de règlement, à des fournisseurs de technologie et à d'autres fournisseurs de services mentionnés dans les énoncés sur la protection des renseignements personnels du RSSFP, du RSDFP et du RSDP ou dans la Politique de protection des renseignements personnels de la Canada Vie. Il est également possible que vos renseignements personnels doivent être divulgués aux autorités publiques et gouvernementales en vertu des lois applicables au Canada ou ailleurs. Vos renseignements personnels peuvent être recueillis ou communiqués à l'extérieur du Canada ou de la province où vous résidez dans le cadre des affaires quotidiennes.

Vous pouvez exercer vos droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder ou corriger vos renseignements personnels, par l'entremise du centre de protection des renseignements personnels de la Canada Vie. Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont la Canada Vie a besoin pour vous fournir des services et pour s'acquitter de ses obligations légales, elle ne sera plus en mesure de continuer à administrer vos prestations et à évaluer vos demandes de règlement au titre du ou des régimes auxquels vous êtes inscrits, ou à assurer la coordination de vos prestations avec celles d'autres régimes.

Déclarations

1. J'ai lu et compris les énoncés sur la protection des renseignements personnels du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) ainsi que la Politique de protection des renseignements personnels de la Canada Vie.
2. Je consens à ce que le promoteur du régime, l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale (pour le RSSFP seulement), la Canada Vie et ses fournisseurs de services ainsi que d'autres entités mentionnées ci-dessus recueillent, utilisent et divulguent des renseignements personnels me concernant ou concernant mes personnes à charge aux fins de l'administration du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit), y compris l'évaluation des demandes de règlement. Il est également possible que ces renseignements soient utilisés ou divulgués auprès d'autres personnes et organisations qui disposent de ces renseignements ou qui en ont besoin à ces fins.
3. J'ai obtenu le consentement de mes personnes à charge âgées de plus 18 ans pour leur adhésion au RSSFP, au RSDFP et/ou au RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) de même qu'à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements personnels aux fins susmentionnées.
4. Je consens à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de mes personnes à charge âgées de moins de 18 ans pour les besoins de leur adhésion au RSSFP, au RSDFP et/ou au RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) et aux fins susmentionnées.
5. Je confirme que toutes les personnes à charge que j'ai indiquées satisfont aux critères d'admissibilité du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) et que les renseignements que j'ai fournis sont complets et exacts.
6. Je consens à réviser et à tenir à jour tous les renseignements sur moi et mes personnes à charge.
7. Je consens à valider et/ou à mettre à jour mes renseignements personnels et, le cas échéant, ceux de mes personnes à charge, en suivant le processus de confirmation bisannuelle. Si je ne complète pas la confirmation bisannuelle, les demandes de règlement de mes personnes à charge peuvent être suspendues jusqu'à ce que cette confirmation soit complétée.
8. Je consens que les renseignements que j'ai modifiés, validés ou mis à jour à mon sujet et au sujet de mes personnes à charges soient communiqués à l'administrateur du régime et ses sous-traitants dans le cadre du RSSFP, du RSDFP et/ou du RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit) afin de faciliter l'administration des services.
9. Je confirme que tous les biens et services pour lesquels un remboursement est demandé par moi-même ou mes personnes à charge auront été reçus par moi ou mes personnes à charge. 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 ces renseignements personnels au promoteur du régime, plus précisément le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Le promoteur du régime / Secrétariat 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) puissent être déduits ou compensés de toute somme qui m'est due ou payable par Sa Majesté.
10. Si des renseignements bancaires ont été fournis, j'autorise la Canada Vie à déposer les remboursements de réclamations directement dans le compte fourni.
11. Si des renseignements bancaires ont été fournis pour les membres du régime d'Anciens Combattants Canada aux fins du recouvrement des cotisations, j'autorise la Canada Vie à effectuer des retraits dans le compte bancaire indiqué.

Signature

Je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente demande soient soumis à la Canada Vie pour l'adhésion au RSSFP, au RSDFP et/ou au RSDP (quels que soient les régimes de la Canada Vie auxquels vous êtes inscrit), et je donne le consentement et fais les déclarations ci-dessus. Une photocopie ou une version électronique de la présente demande dûment signée est aussi valide que l'original.

Signature X _____ **Date (aaaa-mmm-jj) :** _____

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

7 Entente de débit préautorisé (« DPA ») personnelle – Régime de soins de santé de la fonction publique par l'intermédiaire d'Anciens Combattants Canada (ACC)

Prénom et nom de famille: _____ Numéro de régime : _____

Numéro de certificat d'ACC : _____

Renseignements sur le compte

Nom et adresse de l'institution financière : _____

_____

Numéro de succursale : _____ Numéro d'institution financière : _____ Numéro de compte : _____

Note importante : Veuillez faire parvenir à l'équipe Solutions en administration des garanties de la Canada Vie la présente entente de DPA ainsi qu'un chèque non signé portant la mention « NUL » ou un imprimé de votre institution financière comprenant vos renseignements bancaires. L'équipe Solutions en administration des garanties doit recevoir le tout au moins 14 jours avant le jour du premier prélèvement.

Modalités de la présente entente de DPA personnelle	
• **Autorisation**	**À noter :** Toute référence à « la présente entente de DPA » dans le présent formulaire comprend toute modification ultérieure qui y est apportée. En tant que titulaire de compte, j'autorise La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) et mon institution financière, laquelle est indiquée ci-dessus, à prélever sur mon compte, le troisième jour de chaque mois ou le jour ouvrable suivant, les paiements que j'ai accepté de faire au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), ou selon ce qui serait autrement spécifié dans la présente entente de DPA, comme si j'avais moi-même signé un chèque. Je comprends que tout changement apporté au RSSFP, ce qui inclut, selon le cas, toute modification visant les montants, le mode de paiement ou le montant du paiement exigé (y compris tout changement demandé à l'égard de la présente entente de DPA), ou bien toute interruption et reprise de paiements automatiques au titre de la présente entente de DPA, pourrait entraîner l'augmentation ou la réduction du montant prélevé ou qui doit être prélevé sur mon compte mensuellement. Par conséquent, j'autorise de telles augmentations ou réductions et renonce à toute exigence de préavis à leur égard. J'accepte que la Canada Vie recueille, utilise, conserve et échange des renseignements personnels à mon égard, en ma qualité de titulaire de compte et strictement aux fins de l'exécution de la présente entente de DPA. Je conviens qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente entente de DPA est aussi valide que l'original.
• **Signatures**	Je confirme que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser la présente entente de DPA ont signé ci-dessous, y compris tout cotitulaire de compte.
• **Changements relatifs au compte**	J'aviserai la Canada Vie de tout changement concernant mon institution financière, ma succursale ou mon numéro de compte. Pour que les prélèvements se poursuivent sans interruption, il faut aviser la Canada Vie de toute modification au plus tard 14 jours avant la prochaine date de prélèvement. La Canada Vie peut modifier la présente autorisation selon mes directives verbales, mais elle n'y est pas obligée.
• **Confirmation des prélèvements**	Je consens à examiner régulièrement les renseignements concernant mon compte. Si je ne suis pas d'accord ou que je m'interroge quant au montant prélevé ou quant à toute modification touchant mon compte, j'aviserai la Canada Vie par écrit dans les 90 jours suivant le prélèvement ou la modification touchant le compte; autrement, je conviens que le prélèvement ou la modification du compte seront considérés comme en règle. Voici les coordonnées de la Canada Vie pour toute question concernant les prélèvements : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, Solutions en administration des garanties – D227, CP 6000, Succursale Main, Winnipeg MB R3C 3A5, téléphone 1 855 415-4414.
• **Insuffisance de fonds**	S'il n'y a pas suffisamment de fonds dans mon compte pour régler le montant total exigible (par « montant exigible », on entend tout montant dû compte tenu de ma protection au titre du RSSFP), j'autorise la Canada Vie à faire des tentatives subséquentes de prélèvement (ce qui comprend les paiements des mois précédents qui n'auraient pas été perçus). Si la ou les tentatives subséquentes sont également refusées pour cause d'insuffisance de fonds, je comprends que la présente entente de DPA pourrait être suspendue ou annulée, et que la protection au titre du RSSFP pourrait être suspendue ou résiliée par la Canada Vie. Je comprends qu'il m'incombera de régler les frais d'insuffisance de fonds le cas échéant.
• **Annulation**	La présente entente de DPA peut être révoquée si un prélèvement est refusé ou annulé par mon institution financière, ou moyennant un préavis écrit de 30 jours que je remets à la Canada Vie ou que la Canada Vie me remet. Pour de plus amples informations concernant la présente entente de DPA, communiquez avec l'équipe Solutions en administration des garanties de la Canada Vie au 1 855 415-4414. Pour obtenir un modèle d'avis d'annulation de l'entente de DPA ou de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler la présente entente de DPA, vous pouvez également communiquer avec votre institution financière ou consulter le site paiements.ca. Je conviens que si les paiements préautorisés sont suspendus, je pourrais devoir remplacer mon mode de paiement par un mode de paiement jugé acceptable par la Canada Vie. La Canada Vie peut demander l'établissement d'une nouvelle entente de DPA écrite si la présente entente de DPA est annulée pour quelque raison que ce soit.
• **Recourse**	Vous avez certains droits de recours advenant qu'un débit ne soit pas conforme à la présente entente de DPA. Par exemple, vous avez droit à un remboursement à l'égard de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente entente de DPA. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou consultez le site paiements.ca.

Fait à : _____ le _____

Ville Province Mois Jour Année

Nom du **titulaire du compte**

X _____

Signature du titulaire du compte

X _____

Nom de l'autre ou des **autres cotitulaires du compte**

X _____

Signature de l'autre ou des autres cotitulaires du compte, si elle est nécessaire pour le compte

X _____

M7515(VAC)(f)-10/24

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Effacer

Copie du participant de régime

Veuillez conserver une copie de cette page dans vos dossiers.

Entente de débit préautorisé (« DPA ») personnelle – Régime de soins de santé de la fonction publique par l'intermédiaire d'Anciens Combattants Canada

Modalités de la présente entente de DPA personnelle	
• **Autorisation**	**À noter :** Toute référence à « la présente entente de DPA » dans le présent formulaire comprend toute modification ultérieure qui y est apportée. En tant que titulaire de compte, j'autorise La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) et mon institution financière, laquelle est indiquée ci-dessus, à prélever sur mon compte, le troisième jour de chaque mois ou le jour ouvrable suivant, les paiements que j'ai accepté de faire au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), ou selon ce qui serait autrement spécifié dans la présente entente de DPA, comme si j'avais moi-même signé un chèque. Je comprends que tout changement apporté au RSSFP, ce qui inclut, selon le cas, toute modification visant les montants, le mode de paiement ou le montant du paiement exigé (y compris tout changement demandé à l'égard de la présente entente de DPA), ou bien toute interruption et reprise de paiements automatiques au titre de la présente entente de DPA, pourrait entraîner l'augmentation ou la réduction du montant prélevé ou qui doit être prélevé sur mon compte mensuellement. Par conséquent, j'autorise de telles augmentations ou réductions et renonce à toute exigence de préavis à leur égard. J'accepte que la Canada Vie recueille, utilise, conserve et échange des renseignements personnels à mon égard, en ma qualité de titulaire de compte et strictement aux fins de l'exécution de la présente entente de DPA. Je conviens qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente entente de DPA est aussi valide que l'original.
• **Signatures**	Je confirme que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser la présente entente de DPA ont signé ci-dessous, y compris tout cotitulaire de compte.
• **Changements relatifs au compte**	J'aviserai la Canada Vie de tout changement concernant mon institution financière, ma succursale ou mon numéro de compte. Pour que les prélèvements se poursuivent sans interruption, il faut aviser la Canada Vie de toute modification au plus tard 14 jours avant la prochaine date de prélèvement. La Canada Vie peut modifier la présente autorisation selon mes directives verbales, mais elle n'y est pas obligée.
• **Confirmation des prélèvements**	Je consens à examiner régulièrement les renseignements concernant mon compte. Si je ne suis pas d'accord ou que je m'interroge quant au montant prélevé ou quant à toute modification touchant mon compte, j'aviserai la Canada Vie par écrit dans les 90 jours suivant le prélèvement ou la modification touchant le compte; autrement, je conviens que le prélèvement ou la modification du compte seront considérés comme en règle. Voici les coordonnées de la Canada Vie pour toute question concernant les prélèvements : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, Solutions en administration des garanties – D227, CP 6000, Succursale Main, Winnipeg MB R3C 3A5, téléphone 1 855 415-4414.
• **Insuffisance de fonds**	S'il n'y a pas suffisamment de fonds dans mon compte pour régler le montant total exigible (par « montant exigible », on entend tout montant dû compte tenu de ma protection au titre du RSSFP), j'autorise la Canada Vie à faire des tentatives subséquentes de prélèvement (ce qui comprend les paiements des mois précédents qui n'auraient pas été perçus). Si la ou les tentatives subséquentes sont également refusées pour cause d'insuffisance de fonds, je comprends que la présente entente de DPA pourrait être suspendue ou annulée, et que la protection au titre du RSSFP pourrait être suspendue ou résiliée par la Canada Vie. Je comprends qu'il m'incombera de régler les frais d'insuffisance de fonds le cas échéant.
• **Annulation**	La présente entente de DPA peut être révoquée si un prélèvement est refusé ou annulé par mon institution financière, ou moyennant un préavis écrit de 30 jours que je remets à la Canada Vie ou que la Canada Vie me remet. Pour de plus amples informations concernant la présente entente de DPA, communiquez avec l'équipe Solutions en administration des garanties de la Canada Vie au 1 855 415-4414. Pour obtenir un modèle d'avis d'annulation de l'entente de DPA ou de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler la présente entente de DPA, vous pouvez également communiquer avec votre institution financière ou consulter le site paiements.ca. Je conviens que si les paiements préautorisés sont suspendus, je pourrais devoir remplacer mon mode de paiement par un mode de paiement jugé acceptable par la Canada Vie. La Canada Vie peut demander l'établissement d'une nouvelle entente de DPA écrite si la présente entente de DPA est annulée pour quelque raison que ce soit.
• **Recourse**	Vous avez certains droits de recours advenant qu'un débit ne soit pas conforme à la présente entente de DPA. Par exemple, vous avez droit à un remboursement à l'égard de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente entente de DPA. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou consultez le site paiements.ca.

M7515(VAC)(f)-10/24

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.