

Cession des prestations

Marchés des groupe à affinités
Financière Manuvie
CP 4214 SUCC A
Toronto ON M5W 5M4



IMPORTANT : Ne remplir ce formulaire qu'en cas de cession des prestations au fournisseur de services. Remplir un formulaire *Cession des prestations* pour chaque fournisseur.

PRIÈRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT, EN LETTRES MOULÉES

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SERVICES		RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT	
Nom du fournisseur		Nom du participant	
Adresse	Ville	Adresse	Ville
Province	Code postal	Province	Code postal
Numéro d'inscription du fournisseur		Numéro d'identification du participant	
Signature ou estampille du fournisseur	Date (J/M/A)	Numéro du groupe ou du contrat	
AUTORISATION			
<p>Je comprends que les frais indiqués dans la présente demande peuvent ne pas être couverts par mon régime ou peuvent dépasser la limite permise. Je comprends que je suis financièrement responsable envers le fournisseur de service de la totalité des frais déclarés dans la présente demande. Je cède par les présentes les prestations qui me sont payables en vertu de la présente demande au fournisseur de service désigné et j'autorise le paiement des prestations au fournisseur.</p> <p>Je comprends que la Financière Manuvie et/ou le promoteur de mon régime se réservent le droit de modifier ces privilèges de cession à l'égard de prestations particulières, de catégories de prestations, de fournisseurs de services particuliers ou de catégories de fournisseurs de services.</p> <p>Je (nous) certifie (certifions) que les renseignements fournis relativement à cette demande sont vrais, exacts et complets. J'autorise (nous autorisons) par les présentes tout médecin autorisé, professionnel de la santé, hôpital ou toute pharmacie, clinique ou tout autre établissement de soins de santé, organisme de paiement anticipé, tiers administrateur, promoteur du régime ou employeur, ou toute compagnie d'assurance, agence gouvernementale, agence d'enquête ou de sécurité ou autre personne ou organisation qui possède des dossiers, des connaissances ou des renseignements concernant cette demande ou ma (notre) santé ou la santé d'un membre de ma (notre) famille qui est assuré, à fournir ces renseignements à la Financière Manuvie et à échanger ces renseignements avec toute autre partie désignée uniquement aux fins du traitement et du règlement de la demande. Une photocopie de la présente autorisation signée a la même valeur que l'original.</p>			
_____ Signature du participant		_____ Date (J/M/A)	