



Coordination des prestations

Date : _____

Nom du groupe : _____ Groupe n° : _____ Division n° : _____

Employé(e) : _____ Certificat n° : _____

S'il existe deux régimes d'avantages ou plus, l'un d'eux est considéré comme étant le régime principal. En tant que membre du régime, vos demandes de prestations doivent d'abord être traitées par le régime de RWAM. Tout solde restant peut alors être traité par l'autre régime d'assurance.

Veuillez nous donner les renseignements demandés ci-après afin qu'une coordination des prestations soit appliquée à vos futures demandes de prestations d'Assurance maladie complémentaire et dentaires.

Êtes-vous ou votre conjoint couvert par une assurance collective auprès d'une autre compagnie d'assurance ?
(Remplir la partie A)

Vous enfants à charge admissibles sont-ils couverts par une autre compagnie d'assurance ? (Remplir la partie B)

Coordination des prestations (CDP)

L'ACCAP (L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes) a établi des lignes directives qui définissent l'application de la coordination des prestations. Plusieurs facteurs déterminent l'ordre dans lequel les prestations sont payées.

Demandes de prestations au nom de votre conjoint

- Le régime de votre conjoint paie en premier.
- Votre régime RWAM paie en second.

Demandes de prestations au nom de vos enfants à charge

Familles avec ententes de garde partagée ou sans entente :

- Le régime du parent biologique dont l'anniversaire tombe en premier (dans l'année civile) paie en premier.
- Le régime du parent biologique dont l'anniversaire tombe en dernier paie en second.

Familles avec ententes de garde exclusive :

- Le régime du parent biologique ayant garde de l'enfant à charge paie en premier.
- Le régime du conjoint (le cas échéant) du parent biologique ayant garde de l'enfant à charge paie en second.
- Le régime du parent biologique n'ayant pas garde de l'enfant à charge paie en troisième.
- **Étudiants de niveau postsecondaire (Université/Collège)**
- Les régimes destinés aux étudiants paient avant tout régime en vertu duquel l'étudiant est couvert en tant que personne à charge.

Partie A

Êtes-vous ou votre conjoint couverts par un régime d'assurance collective auprès d'une autre compagnie d'assurance ?

Assurance maladie complémentaire

Oui

Nom de la compagnie d'assurance _____

Nom et lien de parenté avec le titulaire de la police _____

Date d'entrée en vigueur _____

Non

Date de résiliation de la couverture (le cas échéant) _____

Dentaire

Oui

Nom de la compagnie d'assurance _____

Nom et lien de parenté avec le titulaire de la police _____

Date d'entrée en vigueur _____

Non

Date de résiliation de la couverture (le cas échéant) _____

Date _____

Signature de l'employé(e) _____

Suite...



Nom de l'employé(e) : _____

Certificat n° : _____

Partie B

Vos enfants à charge admissibles sont-ils couverts par une autre compagnie d'assurance ?

Noms des enfants à charge _____

Genre d'entente de garde (le cas échéant) : Partagée Exclusive
(S'il n'y a pas d'entente de garde formelle, veuillez indiquer partagée)

Dates de naissance des parents biologiques (aa/mm/jj) Mère _____ Père _____

Assurance maladie complémentaire

Oui Nom de la compagnie d'assurance _____
Nom et rapport avec le titulaire de la police _____
Date d'entrée en vigueur _____

Non Date de résiliation de la couverture (le cas échéant) _____

Dentaire

Oui Nom de la compagnie d'assurance _____
Nom et lien de parenté avec le titulaire de la police _____
Date d'entrée en vigueur _____

Non Date de résiliation de la couverture (le cas échéant) _____

Si d'autres dispositions existent pour d'autres enfants, veuillez préciser :

Nom des enfants à charge _____

Genre d'entente de garde (le cas échéant) : Partagée Exclusive
(S'il n'y a pas d'entente de garde formelle, veuillez indiquer partagée)

Dates de naissance des parents biologiques (aa/mm/jj) Mère _____ Père _____

Assurance maladie complémentaire

Oui Nom de la compagnie d'assurance _____
Nom et lien de parenté avec le titulaire de la police _____
Date d'entrée en vigueur _____

Non Date de résiliation de la couverture (le cas échéant) _____

Dentaire

Oui Nom de la compagnie d'assurance _____
Nom et lien de parenté avec le titulaire de la police _____
Date d'entrée en vigueur _____

Non Date de résiliation de la couverture (le cas échéant) _____

Date _____

Signature de l'employé(e) _____