

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN EN APPEL DE LA
FIDUCIE DES EMPLOYÉES ET DES EMPLOYÉS NON-SYNDIQUÉS EN ÉDUCATION DE L'ONTARIO (FENSÉO)
APPLICABLE AU RÉGIME DES DIRECTIONS D'ÉCOLE ET DIRECTIONS ADJOINTES ET AU RÉGIME DU CAEAS-ECAB**

Instructions :

Veuillez remplir ce formulaire au complet et l'envoyer à l'adresse indiquée plus bas.

Remplir en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. (Joindre des explications et documents additionnels si nécessaire.)

1 Détails de l'appel

Je désire porter en appel la décision de refus de la demande de règlement suivante :

Prénom, initiale et nom de famille du demandeur		Veuillez indiquer quel est votre régime ☐ Directions d'école et directions adjointes ☐ Directions d'école et directions adjointes retraitées ☐ Membres du CAEAS-ECAB ☐ Membres retraités du CAEAS-ECAB	
N° de police	Identifiant du participant	N° de demande de règlement (attribué par le bureau)	Type d'appel (soins de santé, soins dentaires, etc.)
Motif du refus			
Motif de l'appel			
Dépenses faisant l'objet de l'appel (veuillez indiquer les dates et les montants des dépenses)			

2 Autorisation et signature

Important : VOUS DEVEZ SIGNER ET DATER CE FORMULAIRE

Je demande un examen en vertu du processus d'examen en appel des demandes de règlement de la FENSEO. J'accepte que les fiduciaires, Cowan, la Canada Vie, Cubic Health et les médecins, évaluateurs, agents et conseillers indépendants agissant au nom de la FENSEO puissent obtenir ou consulter, à des fins d'examen seulement et auprès de toute source, une copie des dossiers ayant trait à la question sous examen. J'accepte également que les fiduciaires, Cowan, la Canada Vie, Cubic Health et les médecins, évaluateurs, agents et conseillers indépendants puissent divulguer des renseignements se rapportant à cet examen aux autres parties à cet examen pour les fins expresses de cet examen. Je comprends que le fait de fournir en toute connaissance de cause des renseignements faux afin d'inciter les fiduciaires à prendre une décision particulière constitue une infraction grave.

Je consens et autorise par la présente toute compagnie d'assurance, tout médecin autorisé, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique, tout établissement médical ou toute organisation médicale détenant des dossiers ou des renseignements concernant cet appel à communiquer ces renseignements aux fiduciaires, à Cowan, à la Canada Vie, à Cubic Health ou aux médecins, évaluateurs, agents et conseillers indépendants agissant au nom de la FENSEO, pour qu'il en soit tenu compte dans l'examen de ma demande d'appel. Une photocopie ou une image numérique de cet appel et cette autorisation signés est aussi valide que l'original et restera en vigueur jusqu'à ce que l'appel ait fait l'objet d'une décision. Je reconnais que je dois envoyer ce formulaire dans un délai de quatre (4) mois à compter de la date à laquelle l'assureur a rendu sa décision définitive dans le cadre de sa propre procédure d'appel. Je reconnais qu'il m'incombe de prendre en charge tous les frais liés à la fourniture des pièces justificatives à l'appui de cet appel.

J'accepte également de fournir tout renseignement additionnel pouvant être exigé pour ma demande d'examen en appel de la demande de règlement.

Signature du participant au régime X			Date (jj-mm-aaaa)	
Adresse (numéro civique et nom de la rue)			Appartement	Ville
Province	Code postal	Téléphone	Courriel	

Veuillez noter que tout appel concernant des médicaments qui n'ont pas reçu l'homologation de Santé Canada pour l'usage demandé sera rejeté. Le Conseil des fiduciaires est seul autorisé à appliquer et à interpréter les dispositions du contrat. La décision du Conseil des fiduciaires dans cet appel sera finale et exécutoire.

A retourner par la poste à :
Examen en appel par la FENSEO
À l'attention de la direction générale
de la FENSEO
a/s de Eckler Itée
5140, rue Yonge, bureau 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7

Ou, retourner par courriel à :
Français : info@fenseo.ca
Anglais : info@one-t.ca