

## Formulaire de demande d'examen en appel de la FENSÉO Régime des directions d'école et directions adjointes et 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.)**

<b>1   Détails de l'appel</b>
-------------------------------

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 le nom du régime <input type="checkbox"/> directions d'école et directions adjointes <input type="checkbox"/> directions d'école et directions adjointes retraitées <input type="checkbox"/> membres du CAEAS-ECAB <input type="checkbox"/> membres retraités du CAEAS-ECAB	
N° de police	Identifiant du membre	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 la date et le montant des dépenses)			

**A retourner par la poste à :**  
 Examen en appel par la FENSÉO  
 a/s de Eckler ltée  
 À l'attention A/s de la directeur général de la FENSÉO  
 5140, avenue Yonge, bureau 1700  
 Toronto (Ontario) M2N 6L7

**Ou, retourner courriel à :** [info@fenseo.ca](mailto:info@fenseo.ca)

## 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 FENSÉO. J'accepte que les fiduciaires, Cowan, Canada Life, Cubic Health et les médecins, évaluateurs, agents et conseillers indépendants agissant au nom de la FENSÉO 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, Canada Life, à Cubic Health ou aux médecins, évaluateurs, agents et conseillers indépendants agissant au nom de la FENSÉO, 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.

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 FENSÉO  
a/s de Eckler ltée  
À l'attention A/s de la directeur général de la FENSÉO  
5140, avenue Yonge, bureau 1700  
Toronto (Ontario) M2N 6L7

**Ou, retourner courriel à :** [info@fenseo.ca](mailto:info@fenseo.ca)