POSTES CANADA / CANADA POST

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRE (51391)
RÉGIME DE SOINS DE LA VUE ET DE L'OUÏE (51392)

La Great-West — Compagnie d'assurance-vie

'RECTIVES : Il est important de donner tous les renseignements demandés et d'annexer les factures et les reçus.
À noter : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés aux termes des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux, font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de l'impôt sur le revenu, le détail du règlement accompagnant notre chèque.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. La présente demande de règlement sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets.
Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par l'employé. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec l'employé et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

En caractères d'imprimerie s.v.p.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Nom	Prénom	Date de naissance (Année / Mois / Jour)	Numéro d'identification

Adresse	Ville	Province	Code postal

Numéro de téléphone
DOMICILE : ( ) TRAVAIL : ( )

Langue de correspondance ☐ Français ☐ Anglais

COORDINATION DES PRESTATIONS :

- Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations aux termes d'un **autre** régime d'assurance-maladie? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____
  Lien de parenté avec l'employé _____ Date de naissance du conjoint ____ / ____ (Jour / Mois)
  Nom de l'autre assureur _____
  Numéro du régime _____ Numéro d'identification de l'employé _____
- Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre d'employé aux termes du Régime de soins de la vue et de l'ouïe (51392)? ☐ Oui ☐ Non
  Numéro d'identité _____
- Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.
  _____
- Une demande de règlement a-t-elle été présentée aux termes d'un régime gouvernemental d'indemnisation des accidents du travail? ☐ Oui ☐ Non

DIRECTIVES

Envoyez le présent formulaire à la Great-West :

RÉSIDENTS DU QUÉBEC AUTRES QUE CEUX DE LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE :

Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure, bureau 5800
800, rue de la Gauchetière Ouest
Montréal QC H5A 1B9

AUTRES RÉSIDENTS :
Service des indemnités de Winnipeg
Case postale 3050
Winnipeg MB R3C 0E6

1 866 716-1313
LIGNE ATS – disponible pour les sourds et les malentendants
Numéro sans frais : 1 800 990-6654
Téléphone : 204 946-7281

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Nom du patient	Lien de parenté avec l'employé	Date de naissance (Année / Mois / Jour)	Si l'enfant a 21 ans ou plus : Étudie-t-il à temps plein? OUI NON	Est-il atteint d'une invalidité? OUI NON
			☐ ☐	☐ ☐
			☐ ☐	☐ ☐
			☐ ☐	☐ ☐
			☐ ☐	☐ ☐
			☐ ☐	☐ ☐

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Nom du patient	Type de frais	Total des frais

(SI VOUS AVEZ BESOIN DE PLUS D'ESPACE, ANNEXEZ UNE FEUILLE AU PRÉSENT FORMULAIRE.)

VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE, DES REÇUS ET DE TOUT AUTRE DOCUMENT PERTINENT POUR VOS DOSSIERS.

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis ›erviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, › gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur de programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, aux fins précitées. J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____ DATE _____

©La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.