

DIRECTIVES : Il est important de donner tous les détails des frais et d'annexer les factures et les reçus.
IMPORTANT : Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par l'employé.

Écrire en caractères d'imprimerie

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ
1. Nom (Prénom, Date de naissance, Numéro d'identification)
Adresse (Ville, Province, Code postal)
2. Numéro de téléphone (DOMICILE, TRAVAIL), Langue de correspondance

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?
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...
AUTRES RÉSIDENTS: Service des indemnités de Winnipeg...

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE
Table with columns: Nom du patient, Lien de parenté avec l'employé, Date de naissance (Année, Mois, Jour), Si l'enfant a 21 ans ou plus (Étudiant à temps plein?, Avec une invalidité?), OUI, NON.

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT
Table with columns: Nom du patient, Genre 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 serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif.
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ DATE