



Application collective

200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR L'ASSURANCE-MALADIE/
LES SOINS DE LA VUE COMPLÉMENTAIRE COLLECTIVE

DIRECTIVES POUR REMPLIR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

- 1. LA PRÉSENTE DEMANDE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT AU RÉGIME - Le délai est de 365 jours.
2. IL FAUT JOINDRE L'ORIGINAL DES REÇUS OU DES FACTURES POUR TOUS LES FRAIS.
3. LES REÇUS OU LES FACTURES NE SERONT PAS RETOURNÉS.
4. VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE DE TOUS LES DOCUMENTS POUR VOS DOSSIERS.
5. DES FRAIS SERONT FACTURÉS POUR OBTENIR DES EXEMPLAIRES DES DEMANDES DE RÈGLEMENT.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

N° de groupe Nom de l'employeur No de certificat

Nom de l'employé

Domicile adresse (Rue) (Ville) (Prov.) (Code postal)

1. Est-ce que vous, votre conjoint ou vos personnes à charge avez droit aux prestations demandées en vertu d'un autre régime? Si OUI, indiquez le nom de l'autre assureur, Nom du conjoint, Date de naissance du conjoint, Date d'entrée en vigueur de la coordination des prestations, Date de cessation de la coordination des prestations.

2. Avez-vous présenté cette demande de prestations à la Commission des Accidents du Travail ou à l'Assurance Automobile?

3. Les frais réclamés sont-ils admissibles en vertu de votre régime d'assurance-maladie provincial? Si OUI, avez-vous joint à cette demande une copie de leur paiement ou refus de paiement?

4. Demandez-vous le remboursement de frais d'équipements ou d'appareils médicaux? Si OUI, Veuillez donner les renseignements suivants: (a) l'ordonnance d'un médecin, (b) Le nombre d'heures que l'appareil doit être utilisé par jour, (c) Les usages pour lesquels l'équipement est prévu.

5. Puis-je ajouter les dépenses excédentaires à mon compte de dépenses de soins de santé?

FRAIS DE MEDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET AUTRES FRAIS MÉDICAUX (VEUILLEZ FOURNIR L'ORIGINAL DE VOS REÇUS)
Veillez lire cette section attentivement. Si vous ne remplissez pas cette section, le traitement de votre demande pourra être retardé.

VEUILLEZ REMPLIR POUR TOUS LES PATIENTS QUI ONT DES FRAIS

Table with 7 columns: NOM, SEXE, DATE DE NAISSANCE ANNÉE/MOIS/JOUR, LIEN, TYPE DE FRAIS, NOMBRE DE REÇUS, TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS POUR CHAQUE PATIENT. Includes a row for TOTAL DU MONTANT DEMANDÉ \$.

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

Avis concernant les renseignements personnels
Vous avez déjà donné votre consentement à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life pour qu'elle recueille, utilise et communique vos renseignements personnels pour les raisons suivantes: établir et maintenir la communication avec vous; assurer des risques de façon prudente; faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement; détecter et prévenir les actes frauduleux; offrir des produits et des services qui répondent à vos besoins; compiler les statistiques et agir conformément à la loi. Ce consentement s'appliquait aux renseignements personnels communiqués à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life à ce moment-là et aux renseignements personnels qui pourraient être communiqués par la suite.

Vous pouvez obtenir des renseignements supplémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, Bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à www.wawanesalife.com.

Autorisation

J'ai lu l'Avis concernant les renseignements personnels mentionné ci-dessus. J'autorise la transmission de tous les renseignements relatifs à cette demande de remboursement, à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life. J'atteste également que les renseignements donnés sont véridiques et complets.

Signature de l'employé Date