LA Great-West COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

RELEVÉ DES FRAIS MÉDICAUX
(Soins médicaux, soins oculaires, frais de médicaments)

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Unité de l'assurance-maladie individuelle
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5
Canada

Pour demander des renseignements composez le 1 866 430-2863

DIRECTIVES : Il est important de donner le détail des frais et d'annexer les factures et les reçus. À noter : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés aux terme des régimes d'assurance-médicaments d'État, font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de la déclaration de revenus, le détail du règlement que nous vous ferons parvenir, accompagné ou non d'un chèque.

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

En caractères d'imprimerie s.v.p.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE

Police n° __/__/__/__/__/__/__ - __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Nom du propriétaire de la police (en caractères d'imprimerie) _____

Adresse du propriétaire de la police _____

Numéro de téléphone : Domicile _____ Travail _____

COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source? ☐ Oui ☐ Non

   Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré _____

   Nom de l'autre assureur _____

   Numéro de la police _____

2. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit. _____

3. Si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint. _____ /_____ /_____
   Jour Mois Année

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Nom du patient	Lien avec le propriétaire de la police	Date de naissance			Le patient habite-t-il avec vous?		Étudie-t-il à temps plein?		Enfant de plus de 18 ans: S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine?	Travaille-t-il?		Combien d'heures par semaine?
		Année	Mois	Jour	OUI	NON	OUI	NON		OUI	NON	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT *(Si vous avez besoin de plus d'espace, annexez une feuille séparée)*

FRAIS DE MÉDICAMENTS

Nom du patient	Nombre de reçus	Total des frais

AUTRES FRAIS

Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

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 votre demande de règlement. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques à l'égard des renseignements personnels (y compris en ce qui concerne les fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez le site www.lagreatwest.com.

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime (le cas échéant), toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

Signature du propriétaire de police _____ Date _____

Effacer

©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.