The Maritime Life Assurance Company

Supplementary Health Expense

EMPLOYEE - Complete form with all required information

1. Name of Employer or Plan Sponsor ______________________ Group No. ________

2. Employee's Name ______________________ (First) (Last)

3. Employee/SIN/Certificate No. ______________________

4. Employee's Date of Birth ____ /____ /____ (Day Mo. Year)

5. Is this your first claim with Maritime Life? ☐ YES ☐ NO

6. Employee's Address ______________________ (Street City Province Postal Code)

7. Are any of these expenses related to a Workers' Compensation claim? ☐ YES ☐ NO

8. Are health benefits payable from another group plan? ☐ YES (Please provide name of employer and name of Group Medical Carrier) ______________________ ☐ NO If spouse previously had coverage indicate cancellation date ________

The spouse who is covered by another medical plan must first submit his/her claim to his/her insurer. Afterwards, provide Maritime Life with a completed claim form and a copy of the settlement provided by the other carrier. Photocopies of receipts are acceptable for this type of claim. Claims for children must be submitted to the insurer of the parent whose birthday occurs first in the calendar year.

PLEASE COMPLETE ALL REQUESTED INFORMATION AND LIST EXPENSES IN DATE ORDER. USE A SEPARATE BOX FOR EACH PERSON AND ATTACH ORIGINAL RECEIPTS. INCOMPLETE FORMS AND PHOTOCOPIED/DUPLICATE RECEIPTS CANNOT BE PROCESSED FOR PAYMENT.

Name of Family Member ______________________

☐ Employee ☐ Spouse ☐ Son ☐ Daughter

If spouse or child, indicate Date of Birth _____ /_____ /_____ (Day Mo. Year)

Is spouse/child employed? ☐ YES ☐ NO

If over age 16, is child in school? ☐ YES ☐ NO

If yes, indicate name of Employer or School ______________________

PRESCRIPTION DRUG EXPENSES		OTHER MEDICAL EXPENSES		
Total # of Receipts Submitted	Total $ Amount Submitted	Receipt Date Day/Mo/Year	Description of Expense	Charge
			Total	

GRAND TOTAL (Prescription & Other Medical Expenses) ________

Name of Family Member ______________________

☐ Employee ☐ Spouse ☐ Son ☐ Daughter

If spouse or child, indicate Date of Birth _____ /_____ /_____ (Day Mo. Year)

Is spouse/child employed? ☐ YES ☐ NO

If over age 16, is child in school? ☐ YES ☐ NO

If yes, indicate name of Employer or School ______________________

PRESCRIPTION DRUG EXPENSES		OTHER MEDICAL EXPENSES		
Total # of Receipts Submitted	Total $ Amount Submitted	Receipt Date Day/Mo/Year	Description of Expense	Charge
			Total	

GRAND TOTAL (Prescription & Other Medical Expenses) ________

I AUTHORIZE:

- my personal physician and any health care professional, public/private health or social services organization, insurer, reinsurer, employer, or other public/private organization or person, that has record or knowledge of me or my health, or of any of my minor children being insured or of their health, to give any such personal information to Maritime Life, its reinsurers, or any consumer reporting agency acting on its behalf, for assessment of claims, and benefit administration.
- Maritime Life to obtain from and exchange with any of these organizations or persons or any department within Maritime Life any such personal information for the same purposes.
- the use of my Social Insurance Number (SIN) for claim identification purposes only. (Employee only)

A copy of this authorization shall be as valid as the original.

______________________ Dated ______________________

Employee's Signature

MAIL THE COMPLETED FORM TO THE MARITIME LIFE CLAIM OFFICE IN YOUR REGION FOR PROMPT PROCESSING.

NS NB PE NL Group Claims Department, 7 Maritime Place, PO Box 1030, Halifax NS B3J 2X5, 902 453 4300

QC Group Claims Department, 999 boul de Maisonneuve 0, Bureau 1200, Montréal QC H3A 3L4, 514 288 4300

ON Group Claims Department, Maritime Life Tower, 2 Queen Street East, PO Box 4607 Stn A, Toronto ON M5W 4Z3, 416 687 5007

BC MB YT NT NU Group Claims Department, 1055 Dunsmuir Street, Suite 1404, PO Box 49284, Vancouver BC V7X 1L3, 604 689 1429

AB SK Group Claims Department, 450 - 1st Street SW, Suite 3410, Calgary AB T2P 5H1, 403 750 7320

La Maritime, compagnie d'assurance-vie

Frais médicaux supplémentaires

Salarié Remplir le formulaire en entier

1. Nom de l'employeur ou Responsable du régime ______ N° du régime d'assurance ______
2. Nom et prénom du salarié ______ Prénom ______ Nom
3. Certificat n°/NAS ______ 4. Date de naissance du salarié ____ /____ /____ (Jour, Mois, Année)
5. Est-ce votre première demande de prestations auprès de La Maritime? ☐ OUI ☐ NON
6. Adresse ______ Rue ______ Ville ______ Province ______ Code postal
7. Ces frais sont-ils couverts par une indemnisation des accidents du travail? ☐ OUI ☐ NON
8. Touchez-vous des prestations-maladie d'un autre régime d'assurance collective?
   - ☐ OUI (Indiquez le nom de l'employeur et le nom de l'assureur auprès duquel vous êtes assuré) ______
   - ☐ NON (Si votre conjoint était couvert auparavant, donnez la date de résiliation: ______)

Les conjoints couverts en vertu d'une autre assurance maladie doivent d'abord présenter leur demande de règlement à leur assureur. Ils doivent ensuite fournir à La Maritime une demande de règlement dûment remplie ainsi qu'une copie du règlement qui leur a été versé par l'autre assureur. Nous acceptons des photocopies de reçus pour ce genre de demande. Les demandes de règlement des enfants doivent être présentées à l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance a lieu en premier dans l'année civile.

VEUILLEZ DONNER TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS ET INDIQUER LES FRAIS ENCOURUS PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE. REMPLISSEZ UNE CASE PAR PERSONNE ET ANNEXEZ LES REÇUS ORIGINAUX. LES DEMANDES DE RÈGLEMENT INCOMPLÈTES ET LES PHOTOCOPIES OU LES DUPLICATA DE REÇUS NE PEUVENT ÊTRE TRAITÉS.

Nom du membre de la famille ______

☐ Salarié ☐ Conjoint ☐ Fils ☐ Fille

Si conjoint ou enfant, date de naissance _____ /_____ /_____ (J, M, A)

Le conjoint ou l'enfant a-t-il un emploi? ☐ OUI ☐ NON

Si l'enfant a plus de 16 ans, est-il étudiant? ☐ OUI ☐ NON

Indiquez le nom de l'employeur ou de l'école ______

Frais - médicaments prescrits		Autres frais médicaux		
Nombre de reçus présentés	Montant total des reçus	Date du reçu Jour/Mois/Année	Description des frais	Frais
			Total	

TOTAL GLOBAL (Médicaments prescrits et autres frais médicaux) ______

Nom du membre de la famille ______

☐ Salarié ☐ Conjoint ☐ Fils ☐ Fille

Si conjoint ou enfant, date de naissance _____ /_____ /_____ (J, M, A)

Le conjoint ou l'enfant a-t-il un emploi? ☐ OUI ☐ NON

Si l'enfant a plus de 16 ans, est-il étudiant? ☐ OUI ☐ NON

Indiquez le nom de l'employeur ou de l'école ______

Frais - médicaments prescrits		Autres frais médicaux		
Nombre de reçus présentés	Montant total des reçus	Date du reçu Jour/Mois/Année	Description des frais	Frais
			Total	

TOTAL GLOBAL (Médicaments prescrits et autres frais médicaux) ______

J'AUTORISE :

- Mon médecin et tout professionnel de la santé, toute organisation de santé ou de services sociaux publique ou privée, mon assureur, mon réassureur, mon employeur ou toute autre personne ou organisation publique ou privée me connaissant ou ayant des renseignements sur mon état de santé, ou connaissant mes enfants mineurs assurés ou ayant des renseignements sur leur état de santé, de donner à La Maritime, à ses réassureurs ou à toute agence de renseignements sur la consommation agissant en son nom lesdits renseignements personnels afin d'évaluer les demandes et d'administrer les prestations.
- La Maritime à obtenir desdites organisations ou personnes ou de tout service interne de La Maritime des renseignements de ce genre ou de les échanger avec eux dans les buts susmentionnés.
- L'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (N.A.S.) pour fins d'identification seulement (employé seulement).

Une copie de la présente est aussi valide que l'original.

______ Date ______

Signature de l'employé

VEUILLEZ EXPÉDIER LA FORMULE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE AU BUREAU DE RÈGLEMENTS DE LA MARITIME DE VOTRE RÉGION.

NS NB PE NL Service des règlements - Assurance collective, 7 Maritime Place, PO Box 1030, Halifax NS B3J 2X5, 902 453 4300

QC Service des règlements - Assurance collective, 999 boul de Maisonneuve 0, Bureau 1200, Montréal QC H3A 3L4, 514 288 4300

ON Service des règlements - Assurance collective, Maritime Life Tower, 2 Queen Street East, PO Box 4607 Stn A, Toronto ON M5W 4Z3, 416 687 5007

BC MB YT NT NU Service des règlements - Assurance collective, 1055 Dunsmuir Street, Suite 1404, PO Box 49284, Vancouver BC V7X 1L3, 604 689 1429

AB SK Service des règlements - Assurance collective, 450 - 1st Street SW, Suite 3410, Calgary AB T2P 5H1, 403 750 7320