

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

**Questions : 1 800 957-9777 (sans frais)**

Service des indemnités de London  
255 avenue Dufferin  
London ON N6A 4K1  
Canada



Pour les sourds et les malentendants :  
Numéro sans frais : 1 800 990-6654

**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 termes 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 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 participant du régime. Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant 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.*

| PARTIE 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ |             |                |          |             |  |  |
|--|-------------|----------------|----------|-------------|--|--|
| RÉGIME N°                              | DIVISION N° | NOM DU RÉGIME  |          |             |  |  |
| NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ     |             | NOM DU SALARIÉ |          |             | DATE DE NAISSANCE<br>(Année / Mois / Jour) |  |
| ADRESSE : NUMÉRO ET RUE                |             | VILLE          | PROVINCE | CODE POSTAL | N° DE TÉLÉPHONE                            |  |
| DOMICILE :                             |             |                |          | TRAVAIL :   |  |  |

| PARTIE 2 COORDINATION DES PRESTATIONS   |  |
|---|--|
| Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                       |  |
| Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____ Lien de parenté avec le salarié _____   |  |
| Nom de l'autre assureur _____ Numéro de la police _____   |  |
| Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |
| Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____   |  |
| Dans l'affirmative à l'une ou l'autre question ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint ____ / ____ / ____                 |  |
| Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |
| Dans l'affirmative 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 à la CSST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |

| PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE |                                 |                   |      |      |   | Enfant de plus de 18 ans                          |  |   |                               |
|--|---------------------------------|-------------------|------|------|---|---|--|---|-------------------------------|
| Nom du patient                                     | Lien de parenté avec le salarié | Date de naissance |      |      | Le patient habite-t-il avec vous?<br>OUI NON      | Étudie-t-il à temps plein?<br>OUI NON             | S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? | Travaille-t-il?<br>OUI NON                        | Combien d'heures par semaine? |
|  |                                 | Année             | Mois | Jour |   |   |  |   |                               |
|  |                                 |                   |      |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                               |
|  |                                 |                   |      |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                               |
|  |                                 |                   |      |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                               |
|  |                                 |                   |      |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                               |
|  |                                 |                   |      |      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                               |

| PARTIE 4 RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille.) |                 |                 |               |                      |                 |
|---|-----------------|-----------------|---------------|----------------------|-----------------|
| FRAIS DE MÉDICAMENTS  |                 |                 | AUTRES FRAIS  |                      |                 |
| Nom du patient  | Nombre de reçus | Total des frais | Type de frais | Nature de la maladie | Total des frais |
|   |                 |                 |               |                      |                 |
|   |                 |                 |               |                      |                 |
|   |                 |                 |               |                      |                 |
|   |                 |                 |               |                      |                 |
|   |                 |                 |               |                      |                 |

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, 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. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_