

GROUP HEALTH CLAIM FORM



MEMBER – Complete this section (please print)					
Plan Name:					Group Number:
Member's Name:		Certificate No:			Date of Birth Day Month Year
Member's Address		City	Province	Postal Code	

1. If you are making a claim for a Dependent, please provide the following information:					
Name	Date of Birth Day /Mth /Year	Relationship spouse/child	Is Dependent working? (yes or no)	Is Dependent in school? (yes or no)	If working, provide name of employer If in school, provide name of institution
2. Are group health benefits payable from any other source? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no					
Insurance Company Name:		Policy Number:		Certificate Number:	
3. Are any expenses due to sickness or injury arising out of any employment of the employee or dependent? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no					
If yes, provide date and details _____					
Is claim being made for Workers Compensation Board (WCB) benefits? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no					
4. Name and address of prescribing physician(s)					
ORIGINAL RECEIPTS MUST BE ATTACHED TO THIS FORM					
5. Total amount of this claim: \$ _____					
<p>I hereby certify that the above statements are true, accurate and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that the Plan Administrator will use the information provided by me on this claim form strictly to process my claim. I hereby authorize the Plan Administrator to evaluate or investigate my claims and release my personal information (including health information) to qualified third parties solely for the purpose of conducting such evaluations or investigations, and only to the extent required for such purposes. I understand, acknowledge, and agree that my personal information will be used in accordance with Manion's privacy policy found at https://www.manionwilkins.com/privacy/. I hereby authorize my union, physician or other health professionals, any medical facility, any insurance company or government body, and any other person or institutions to release relevant information to the Plan Administrator solely for the purpose of processing this claim. A photocopy of this release shall be as valid as the original.</p>					
Member's Signature	Date		Phone Number		
Member – submit completed claim form and original receipts to: Manion, Wilkins & Associates Ltd 626-21 Four Seasons Place, Etobicoke ON M9B 0A6 416-234-3511 1-866-532-8999 (Toll Free) claims@manionwilkins.com					

DEMANDE D'INDEMINTE DE FRAIS MÉDICAUX



PARTICIPANT – Remplir cette partie (en caractères d'imprimerie SVP)																																																					
Nom du Plan	No. Du Régime	Numéro D'Identification																																																			
Nom du participant :				Date de naissance																																																	
				Jour	Mois	Année																																															
Adresse du participant		Ville		Province	Code postal																																																
<p>1. Si vous présentez une demande de règlement pour une personne à charge, veuillez fournir les renseignements suivants :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Nom</th> <th style="width: 15%;">Date de naissance Jour /Mois /Année</th> <th style="width: 15%;">Lien de parenté Conjoint/Enfant</th> <th style="width: 15%;">La personne à charge travaille-t-elle? (oui ou non)</th> <th style="width: 15%;">La personne à charge est-elle étudiante? (oui ou non)</th> <th style="width: 25%;">Si la personne à charge travaille, indiquez le nom de l'employeur. Si elle est étudiante, indiquez le nom de l'établissement d'enseignement.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Nom	Date de naissance Jour /Mois /Année	Lien de parenté Conjoint/Enfant	La personne à charge travaille-t-elle? (oui ou non)	La personne à charge est-elle étudiante? (oui ou non)	Si la personne à charge travaille, indiquez le nom de l'employeur. Si elle est étudiante, indiquez le nom de l'établissement d'enseignement.																																										
Nom	Date de naissance Jour /Mois /Année	Lien de parenté Conjoint/Enfant	La personne à charge travaille-t-elle? (oui ou non)	La personne à charge est-elle étudiante? (oui ou non)	Si la personne à charge travaille, indiquez le nom de l'employeur. Si elle est étudiante, indiquez le nom de l'établissement d'enseignement.																																																
<p>2. Les soins sont-ils couverts par une autre assurance? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :</p>																																																					
<p>3. Les soins sont-ils attribuables à une maladie ou à une blessure résultant de l'emploi du salarié ou de la personne à charge? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez donner la date et une description _____</p> <p>Une demande d'indemnisation des accidents du travail a-t-elle été présentée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>																																																					
<p>4. Nom et adresse du (des) médecin(s) traitant(s)</p>																																																					
<p>5. Est-ce que les frais reliés à cette demande sont le résultat d'un accident?</p>																																																					
LES ORIGINAUX DES REÇUS DOIVENT ÊTRE ANNEXÉS AU FORMULAIRE																																																					
<p>5. Montant total des frais dont le règlement est demandé : _____ \$</p>																																																					
<p>Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. Il est entendu que l'administrateur du régime ne se servira de ces renseignements que pour le traitement de ma demande de règlement. Par la présente, j'autorise l'administrateur du régime à étudier ma demande et à divulguer des renseignements (y compris médicaux) sur ma personne à des tiers concernés, à la seule fin de cette étude et uniquement dans la mesure où c'est nécessaire. J'autorise également mon syndicat, mon médecin ou tout autre spécialiste de la santé, tout établissement médical, toute compagnie d'assurance ou tout organisme gouvernemental, et toute autre personne ou institution à communiquer des renseignements pertinents à l'administrateur du régime à la seule fin du traitement de cette demande. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.</p>																																																					
Signature du participant		Date		Numéro de téléphone																																																	
<p>Participant – veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et les originaux des reçus à : Manion, Wilkins & Associates Ltd 626-21 Four Seasons Place, Etobicoke (Ontario) M9B 0A6 Téléphone: 416-234-3511 Sans frais : 1-866-532-8999 Email: claims@manionwilkins.com</p>																																																					