

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Régime N° _____ N° du certificat _____

Nom et prénom de l'employé _____ Date de naissance : (M/J/A) _____

Adresse de l'employé : _____

DÉSIREZ-VOUS QUE LE REMBOURSEMENT SOIT VIRÉ AUTOMATIQUEMENT À VOTRE COMPTE BANCAIRE **Oui**, je joins un chèque portant la mention «Annulé». Veuillez noter que l'envoi d'un seul chèque portant la mention «Annulé» sera nécessaire. Toutefois, si vous changez de compte bancaire, vous devrez nous fournir un nouveau chèque.

RENSEIGNEMENTS POUR LA COORDINATION DES INDEMNITÉS

 1. Est-ce que votre conjoint(e) et/ou votre (vos) enfant(s) est (sont) couvert(s) par un autre régime d'assurance collective? Oui Non

Si oui, veuillez compléter ce qui suit :

Date de naissance de votre conjoint(e) (M/J/A) _____

Compagnie d'assurance, numéro de la police et numéro de certificat _____

 2. Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés suite à un accident? Oui Non

 Si oui, veuillez compléter ce qui suit : Date de l'accident _____ Endroit où l'accident a eu lieu Travail Maison Autre

Veuillez expliquer comment l'accident est survenu _____

3. Si la réclamation est pour un enfant âgé de 21 ans ou plus, veuillez indiquer si :

 L'enfant est-il handicapé? L'enfant est-il un étudiant à temps plein?
MÉDICAMENTS, SOINS DE LA VUE, SERVICES PARAMÉDICAUX ET AUTRES – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom du patient (Utiliser une ligne par patient)	Date de naissance			Lien avec l'employé	Total des reçus payés	RAPPEL VEUILLEZ CONSULTER LE SOMMAIRE DES GARANTIES POUR CONFIRMER LE DÉLAI DONT VOUS DISEZ POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE. LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI AU COMPLET. SANS QUOI, IL VOUS SERA RETOURNÉ, ET LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE SERA AINSI RETARDÉ.
	Mois	Jour	Année			
FRAIS MÉDICAMENTS				TOTAL DES FRAIS SOUMIS		

Veuillez SVP joindre vos reçus originaux pour frais de médicaments à l'endos de ce formulaire. Tous les reçus doivent démontrer le numéro d'ordonnance et le numéro d'identification du médicament.

SOINS DE LA VUE – CESSIION DES PRESTATIONS

FOURNISSEUR	Nom et adresse du fournisseur :	Je cède au fournisseur nommé dans la présente les indemnités payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. _____ Signature de l'employé Date
	Téléphone:	

AUTORISATION

Je, le soussigné, autorise le Groupe Assurance Cowan ("GAC"), mon employeur, l'administrateur de mon régime, mon médecin, les professionnels de la santé, l'hôpital, l'établissement médical, la compagnie d'assurance, la commission des accidents du travail ou tout régime ou toute organisation similaire, le ministère du gouvernement fédéral, territorial ou provincial ou toute autre corporation, organisation, institution ou association, à communiquer au GAC ou à ses représentants tous les renseignements médicaux ou relatifs au paiement de mes prestations ou tout autre renseignement ou dossier en sa possession et que GAC peut détenir ou demander en vue de prendre une décision quant à cette demande.

Je confirme que l'information que je soumetts à l'appui de ma demande est, à ma connaissance, complète et exacte. Je comprends que, dans le cadre de l'examen de ma demande, le GAC peut me demander ou demander à des tierces parties d'autres renseignements pertinents me concernant ou concernant les personnes à ma charge. En cas de soupçon de fraude ou d'abus des garanties, le GAC mènera une enquête et je consens à ce qu'il communique des renseignements à des organismes de réglementation, au gouvernement ou au service de police, à des professionnels de la santé et à l'administrateur du régime ou à l'employeur, au besoin.

Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que la version originale.

Signature de l'employé _____ Date : _____

FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE :

 Groupe Assurance Cowan
 700-1420 place Blair
 Ottawa (Ontario) K1J 9L8
 Telephone:
 1-888-509-7797 or 1-613-741-3313

