

## SECTION 1 - TO BE COMPLETED BY PLAN MEMBER

**Plan Sponsor** \_\_\_\_\_ Plan contract number \_\_\_\_\_ Plan member certificate number \_\_\_\_\_

**Plan Member** – Last name \_\_\_\_\_ First name and initial \_\_\_\_\_ Date of birth (yyyy/mm/dd) \_\_\_\_\_

Address No. \_\_\_\_\_ Street \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Postal code \_\_\_\_\_

1. Is this claim a result of traveling outside the country?  No  Yes If yes, from \_\_\_\_\_ (yyyy/mm/dd) to \_\_\_\_\_ (yyyy/mm/dd)

**Co-ordination of Benefits**

2. Are any of these expenses related to a Workers' Compensation Claim?  No  Yes

3. Are benefits available from another group plan?  No  Yes  
If yes, please provide the following information \_\_\_\_\_  
Insurance carrier name \_\_\_\_\_ Plan contract number \_\_\_\_\_

4. If other coverage was available and has recently terminated, please provide termination date \_\_\_\_\_ (yyyy/mm/dd)

The spouse who is covered by another medical plan must first submit his/her claim to his/her insurer. Once that has been completed, please provide Manulife Financial with a completed claim form and a copy of the settlement provided by the other carrier. Claims for children must first be submitted to the insurer of the parent whose birthday occurs first in the calendar year.

**Health Care Spending Account Information (If Eligible)**

5. Do you want any unpaid balance from this claim reimbursed from your Health Care Spending Account?  No  Yes

**Claim Information**  
Please complete all requested information and list expenses in date order. Use a separate line for each person and attach original receipts. Incomplete forms or photocopied receipts cannot be processed for payment.

Patient name	Relationship to plan member	Date of birth (yyyy/mm/dd)	If dependant		Receipt date (yyyy/mm/dd)	Description of expense *	Total charge
			Full-time student?	Full-time work?			

\* Please identify the type of health expense (eg. drugs, physiotherapy, etc.)

## SECTION 2 - DECLARATION & AUTHORIZATION

**I certify** that I, my spouse and/or my dependants of minor or major age ("Dependants"), have received all goods or services claimed and that the information provided for this claim is true and complete. **I authorize** Manulife Financial ("Manulife") to collect, use, maintain and disclose personal information relevant to this claim ("Information") for the purposes of Group Benefits plan administration, audit and the assessment, investigation and management of this claim ("Purposes"). **I am authorized** by my Dependants to disclose and receive their Information, for the Purposes. **I authorize** any person or organization with Information, including any medical and health professionals, facilities or providers, professional regulatory bodies, any employer, group plan administrator, insurer, investigative agency, and any administrators of other benefits programs to collect, use, maintain and exchange this information with each other and with Manulife, its reinsurers and/or its service providers, for the Purposes. **I authorize** the use of my Social Insurance Number ("SIN") for the purposes of identification and administration, if my SIN is used as my plan member certificate number. **I agree** a photocopy or electronic version of this authorization is valid. **I understand** that Manulife's Privacy Policy and Privacy Information Package are available at [www.manulife.ca/groupbenefits](http://www.manulife.ca/groupbenefits), or from my Plan Sponsor.

**Plan Member's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Any Information provided to or collected by Manulife in accordance with this authorization, will be kept in a Group Benefits health file. Access to your Information will be limited to:

- Manulife employees, representatives, reinsurers, and service providers in the performance of their jobs;
- Persons to whom you have granted access; and
- Persons authorized by law.

You have the right to request access to the personal information in your file, and, where appropriate, to have any inaccurate information corrected.

<b>NS</b> Group Claims Department PO Box 1030 Stn Central <b>PE</b> Halifax NS B3J 2X5 <b>NL</b>	<b>QC</b> Group Claims Department C. P. 3888 Succ. Maison de la Poste Montréal QC H3B 3L7	<b>ON</b> Group Claims Department PO Box 4607, Stn A Toronto ON M5W 4Z3	<b>AB</b> <b>YT</b> Group Claims Department <b>MB</b> <b>NT</b> PO Box 2592 Stn M <b>SK</b> <b>NU</b> Calgary AB T2P 5P4 <b>BC</b>
---	--	---	---

**PARTIE 1 — À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT**

<b>Promoteur du régime</b>		Numéro de contrat		Numéro de certificat du participant	
<b>Participant</b> — Nom de famille		Prénom(s)		Date de naissance (aaaa/mm/jj)	
Adresse	N°	Rue	Ville	Province	Code postal
1. La demande fait-elle suite à un voyage à l'étranger? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, du _____ (aaaa/mm/jj) au _____ (aaaa/mm/jj)					

**Coordination des prestations**

2. Une demande d'indemnisation a-t-elle été présentée à la CSST ou à un organisme semblable?  Non  Oui

3. Avez-vous droit à des prestations d'un autre régime collectif?  Non  Oui  
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur Numéro de contrat

4. Si une autre assurance était en vigueur jusqu'à tout récemment, veuillez indiquer la date de la cessation : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Si votre conjoint est couvert par un autre régime de soins médicaux, il doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Veuillez fournir ensuite un formulaire de demande de règlement dûment rempli à la Financière Manuvie et une copie du règlement versé par l'autre assureur. Les demandes de règlement concernant les enfants doivent être présentées en premier à l'assureur du parent dont l'anniversaire survient en premier pendant l'année civile.

**Renseignements sur le compte de crédits-santé (le cas échéant)**

5. Voulez-vous que tout solde impayé de cette demande de règlement soit remboursé à même votre compte de crédits-santé?  
 Non  Oui

**Renseignements sur la demande de règlement**

Veuillez fournir tous les renseignements demandés et énumérer les frais engagés par ordre chronologique. Utilisez une ligne différente pour chaque personne et annexe les reçus originaux. Les formulaires incomplets et les photocopies de reçus ne peuvent pas être traités.

Nom du patient	Lien de parenté avec le participant	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Si personne à charge		Date du reçu (aaaa/mm/jj)	Description des frais *	Total
			Étudiant à temps plein?	Travail à temps plein?			

\* Veuillez indiquer le type de frais (médicaments, physiothérapie, etc.)

**PARTIE 2 — DÉCLARATION ET AUTORISATION**

**Je certifie** que tous les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **J'autorise** la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications et du traitement de ma demande. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je comprends** que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site [www.manuvie.ca/assurancecollective](http://www.manuvie.ca/assurancecollective) ou en m'adressant au promoteur du régime.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

<b>NS</b> Service des règlements	<b>QC</b> Service des règlements	<b>ON</b> Service des règlements	<b>AB</b> Service des règlements	<b>YT</b> Service des règlements
<b>NB</b> Assurance collective	Assurance collective	Assurance collective	<b>MB</b> Assurance collective	Assurance collective
<b>PE</b> PO Box 1030 Stn Central	C. P. 3888	PO Box 4607 Stn A	<b>SK</b> PO Box 2592 Stn M	PO Box 2592 Stn M
<b>NL</b> Halifax NS B3J 2X5	Succ. Maison de la Poste	Toronto ON M5W 4Z3	<b>BC</b> Calgary AB T2P 5P4	Calgary AB T2P 5P4
	Montréal QC H3B 3L7			