



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Employeur	Date de naissance (jj/mm/aa)	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Police collective n°	Certificat n°
Nom de l'employé	Adresse de l'employé (rue, province et code postal)			

FAIRE LE TOTAL DE CHAQUE GENRE DE DÉPENSE POUR CHAQUE DEMANDEUR SUR UNE NOUVELLE LIGNE

Joindre un reçu pour chaque dépense inscrite
Reçus originaux uniquement (les photocopies ou les copies carbone ne sont pas acceptables)

Prénom du demandeur	Lien de parenté	Date de naissance			Genre de dépense c.-à-d. Médicaments, Vue, Praticien, etc.	Date de la dépense	Montant total facturé
		Jour	Mois	Année			
TOTAL							
Cette demande pour vous ou vos personnes à charge est-elle liée à un accident ou à une maladie ?					<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si « oui », une demande a-t-elle été soumise à la CAT/CSPAAT/CSST ?					<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
S'il s'agit d'une demande pour une personne à charge, cette personne travaille-t-elle ?					<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui – Si « Oui »,	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel
Si « Oui », veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'employeur :							
Le demandeur est-il couvert en vertu de tout autre régime d'assurance maladie collective ?					<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si « Oui », veuillez indiquer le nom de l'employeur et celui de la compagnie d'assurance :							

La falsification et la contrefaçon de documents ou reçus servant à une demande de prestations peuvent entraîner des conséquences juridiques.

Ce formulaire doit être rempli en entier. Au cas où il ne le serait pas, il vous sera renvoyé et ceci retardera le traitement de la demande.

Prière de ne pas utiliser ce formulaire pour les demandes de prestations en cas d'urgence Hors de province/Hors du Canada (Hors du pays).

Toutes les demandes de prestations Hors du pays doivent être soumises directement à Mondial Assistance, qui est responsable de l'administration et des services du régime de Travel Assist de RWAM.

Le formulaire de demande de prestations de Mondial Assistance qui donne son adresse peut être téléchargé sur le Site Web de RWAM, www.rwam.com

Autorisation :

Je certifie que les frais énumérés ci-dessus et pour lesquels les reçus originaux sont joints ont été encourus par moi-même ou par mes personnes à charge admissibles. Les frais ont été encourus sur la recommandation et à l'approbation du médecin traitant (selon les exigences de ce régime) et représentent un traitement médical requis. Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et complets.

J'accepte que les renseignements que je soumetts à RWAM, Administrateurs d'assurance (RWAM) en ce qui concerne cette demande de prestations et toute autre demande de prestations connexe serviront à authentifier ma demande, à déterminer mon admissibilité aux prestations d'assurance collective en vertu de mon régime, et à valider, gérer et traiter ma demande. J'autorise la divulgation et/ou l'échange de tous renseignements concernant cette demande à ou par RWAM et à ou par toutes autres parties, afin d'administrer, de traiter et de confirmer la validité et/ou l'exactitude de cette demande. Si la demande concerne mon conjoint ou l'un de mes enfants à charge, je confirme que je suis autorisé à agir à leur nom, et que, par conséquent, ce consentement et cette autorisation s'appliquent également à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de leurs renseignements personnels pour les mêmes raisons. Cette autorisation demeure valide tant que je fais des demandes de règlement ou de service ou jusqu'à ce que je la révoque moi-même par écrit.

Une photocopie ou une télécopie de cette autorisation seront aussi valides que l'original.

X _____ DATE (jj/mm/aa) _____ N° DE TÉLÉPHONE _____

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

Envoyer le formulaire rempli à : **RWAM INSURANCE ADMINISTRATORS INC.**
Attention: Health Claims Department 49 Industrial Drive, Elmira, Ontario N3B 3B1