



DEMANDE DE PRESTATIONS – COMPTE SOINS DE SANTÉ et ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Employeur	Date de naissance	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	N ^{os} de groupe et division	N ^o de certificat
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

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
		Jr	Mois	Ann.			

(Il est recommandé d'accumuler au moins 30 \$ de dépenses totales avant de soumettre une demande de prestations)				TOTAL
S'agit-il d'une demande pour un accident ou une maladie du travail pour vous ou vos personnes à charge ?		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui
Si « Oui », une demande a-t-elle été soumise à la CSST/ WCB/WSIB ?		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui
Si cette demande est 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 », donner le nom et l'adresse de l'employeur de la personne à charge :				
Le demandeur est-il couvert par une autre assurance collective quelconque ?		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Si « Oui », donner les noms de l'employeur et de la compagnie d'assurance :				

COMPTE SOINS DE SANTÉ

Voulez-vous que la (les) partie(s) impayées de la (des) demande(s) ci-dessus soit (soient) considérée(s) en vertu de votre Compte Soins de santé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Pour ceux qui ont un numéro de Compte Soins de santé collectif distinct (différent du numéro de régime indiqué ci-dessus), veuillez indiquer : N ^{os} de groupe et division _____ N ^o de certificat _____
---	--

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 Allianz Global Assistance, qui est responsable de l'administration et des services du régime de Travel Assist de RWAM.

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

Authorisation :

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.

Je suis conscient que tous les frais encourus et soumis ne sont admissibles que s'il s'agit de frais médicaux admissibles tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). Je déclare que les personnes à charge pour lesquelles des frais sont soumis dépendent de moi pour leurs moyens de subsistance et leur soutien, tel qu'exigé par la Loi sur L'Agence du revenu du Canada.

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, copie par télécopieur ou copie numérisée de cette autorisation seront aussi valides que l'original.

X	DATE	N ^o DE TÉLÉPHONE
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ		

Envoyer le formulaire rempli à : RWAM, INSURANCE ADMINISTRATORS INC. **Attn: Health Claims Dept.**
 49 Industrial Dr., Elmira, ON N3B 3B1 Courriel : web-groupclaims@rwam.com Téléc. : 519-669-1923