


**HEALTHCARE CLAIM FORM**

SEND THIS CLAIM TO:

**Questions? Call Toll Free: 1.855.360.4415**

Great-West Life  
London Benefit Payments  
PO Box 5064 Station B  
London ON N6A 0C4

 For the deaf or hard of hearing:  
Toll Free: 1.800.990.6654

**INSTRUCTIONS:** Attach the bills and receipts for all expenses and itemize them by providing all the information requested.

Note: Drug bills and receipts, other than those required for government drug plans, are part of our records and will not be returned. Therefore, please retain the itemization of expenses that will accompany our cheque or explanation for Income Tax purposes.

**IMPORTANT:** Please answer all questions. This claim will be returned to you if it is incomplete or contains errors. All claims under this group benefits plan are submitted through the plan member. We may exchange personal information about claims with the plan member and a person acting on his or her behalf when necessary to confirm eligibility and to mutually manage the claims.

Please print

PART 1 EMPLOYEE INFORMATION	
PLAN NUMBER	EMPLOYER NAME
MEMBER ID No.	EMPLOYEE NAME
	DATE OF BIRTH (Year / Month / Day)
PHONE #	
HOME:	WORK:

PART 2 COORDINATION OF BENEFITS	
Are you or any other member of your family entitled to benefits under any other plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, name of family member insured _____	Relationship to employee _____
Name of other insurance company _____	Policy Number _____
Is any member of your family (other than yourself) insured as an employee under this plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, name of family member _____	
If yes, to either question above, and the patient is a dependent child, please provide spouse's date of birth: _____ / _____ / _____ Year Month day	
Is treatment required as the result of an accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, give date, location and explain how accident happened	
_____	
Is a claim being made for Worker's Compensation Benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

PART 3 DEPENDENT INFORMATION				
Patient Name	Relationship to Employee	Date of Birth		
		Year	Month	Day

PART 4 CLAIM DETAILS (If additional space is needed, attach a separate page)				
Patient Name	DRUG EXPENSES		OTHER EXPENSES	
	Number of Receipt	Total Charge	Type of Expense	Total Charge

At Great-West Life, we recognize and respect the importance of privacy. Personal information that we collect will be used for the purposes of assessing your claim and administering the group benefits plan. For a copy of our Privacy Guidelines, or if you have questions about our personal information policies and practices (including with respect to service providers), write to Great-West Life's Chief Compliance Officer or refer to [www.greatwestlife.com](http://www.greatwestlife.com). I authorize Great-West Life, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life, located within or outside Canada, to exchange personal information when necessary for these purposes. I understand that personal information may be subject to disclosure to those authorized under applicable law within or outside Canada. I certify that the information given is true, correct, and complete to the best of my knowledge.

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT, SOINS MÉDICAUX

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

**Questions : 1 855 360-4415 (sans frais)**

La Great-West  
CP 8825 Succursale Centre-Ville  
Montréal QC H3C 4K9



Pour les sourds et les malentendants :  
Numéro sans frais : 1 800 990-6654

**DIRECTIVES :** Il est important de donner le détail des frais et d'annexer les factures et les reçus. À noter : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés aux termes des régimes d'assurance-médicaments d'État, font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de la déclaration de revenus, le détail du règlement que nous vous ferons parvenir, accompagné ou non d'un chèque.

**IMPORTANT :** Veuillez répondre à toutes les questions. La présente demande sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets. Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

*En caractères d'imprimerie s.v.p.*

PARTIE 1 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ			
NUMÉRO DE RÉGIME	NOM DE L'EMPLOYEUR		
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU PARTICIPANT	NOM DE L'EMPLOYÉ	DATE DE NAISSANCE (Année - Mois - Jour)	
N° DE TÉLÉPHONE			
DOMICILE :		TRAVAIL :	

PARTIE 2 COORDINATION DES PRESTATIONS	
Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____ Lien de parenté avec l'employé _____	
Nom de l'autre assureur _____ Numéro de la police _____	
Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre d'employé par le présent régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____	
Dans l'affirmative à l'une ou l'autre question ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint.	
_____/_____/_____ Année - Mois - Jour	
Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.	
_____	
Une demande de règlement a-t-elle été présentée à la CSST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE				
Nom du patient	Lien de parenté avec l'employé	Date de naissance		
		Année	Mois	Jour

PARTIE 4 RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT <small>(Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille.)</small>				
Nom du patient	FRAIS DE MÉDICAMENTS		AUTRES FRAIS	
	Nombre de reçus	Total des frais	Type de frais	Total des frais

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_