LEE-POWER & ASSOCIATES INC.

Relevé des Frais Médicaux

Directives:	Annexez les factures et reçus à l'égard des frais pour lesquels on fait une demande de règlement. S'il vous plait compléter toutes les sections. Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions 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 vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement

Envoyer la formule complétée à: Lee-Power & Associates Inc. 616 Cooper St., Ottawa, ON K1R 5J2 ***Téléphone:*** (613)236-9007 ***Télécopieur:*** (613)236-0329 ***CÉ:*** benefits@lee-power.ca

En caractères d'imprimerie s.v.p.

1re Partie: Déclaration du Membre du Régime - l'assuré(e)

Nom du groupe: **Local No. 7 - I.U.B.A.C. Benefit Trust Fund**	*Numéro du régime:* **31702**
Nom du (de la) Participant(e):	*Date de Naissance:*
Adresse Postale: *Ville:*	*Province:* *Code Postal:*
Numéro de Téléphone: *Résidence:* *Travail:*	*Numéro du Certificat:*

2e Partie: Coordination des Prestations

Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source, ou CSST?

☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré:	Lien de parenté avec le salarié:
Nom de l'autre assureur:	Numéro de la police:
Date de naissance du conjoint(e):	Numéro de certificat:

3e Partie: Renseignements sur les Personnes à Charge

Nom du patient	Lien de parenté avec le salarié	Date de naissance	Étudie-t-il (elle) à temps plein?	Travaille-t-il (elle)?

4e Partie: Renseignements sur la Demande de Règlement

Nom du patient	Frais de Médicaments		Autres Frais		
	Nombre de reçus	Total des frais	Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

Si vous avez besoin de plus d'espace, annexez une feuille séparée

J'autorise Lee-Power & Associates et Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec Lee-Power à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins preécitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du (de la) participant(e):	Date:

A Lee-Power, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. (English on reverse)