

SECTION 1 - TO BE COMPLETED BY PLAN MEMBER

Plan Sponsor _____ Plan contract # _____ Plan Member certificate # _____

Plan Member – Last Name _____ First Name and Initial _____ Date of Birth (yyyy/mm/dd) _____

Plan Member – 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)

Coordination 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 # _____

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 Employee	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 authorize The Manufacturers Life Insurance Company ("Manulife Financial") to collect and exchange personal information about me and/or my dependants to process this claim and administer my group plan. I understand any personal information obtained by Manulife Financial will be kept confidential and, where necessary, Manulife Financial will be exchanging my personal information. I authorize the following persons to exchange with Manulife Financial or each other, any of my personal information in their possession: any health care practitioner, medical facility or provider of health care/dental services, any provincial health insurance plan, insurance company or reinsurer, insurance broker or plan administrator, my employer or former employer, government agency, auditing or independent investigative organization, and financial institution. I acknowledge that more detailed information concerning how and why Manulife Financial collects, uses and discloses my personal information is available at www.manulife.ca/groupbenefits, or by requesting a copy from my plan sponsor.

I authorize the use of my Social Insurance Number for identification purposes. I certify that the information in this form is true and complete, to the best of my knowledge. A copy of this authorization shall be as valid as the original.

Signature of Plan Member (in full) _____ (yyyy/mm/dd)

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

PARTIE 1 - À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

Promoteur du régime		N° de contrat	N° de certificat du participant		
Participant – Nom de famille		Prénom(s)		Date de naissance (aaaa/mm/jj)	
Participant – 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 _____ au _____ (aaaa/mm/jj) (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 N° de contrat

4. Si une autre assurance était en vigueur jusqu'à tout récemment, veuillez indiquer la date de la résiliation _____
(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 frais médicaux (le cas échéant)

5. Voulez-vous que tout solde impayé de cette demande de règlement soit remboursé à même votre compte de frais médicaux?
 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 l'employé	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

J'autorise La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Financière Manuvie ») à recueillir et à échanger des renseignements me concernant ou concernant les personnes à ma charge pour le traitement de cette demande de règlement et l'administration de mon régime collectif. Il est entendu que tout renseignement personnel obtenu par la Financière Manuvie restera confidentiel et qu'au besoin la Financière Manuvie pourra échanger ces renseignements personnels. J'autorise les personnes/entités suivantes à échanger les renseignements personnels qu'elles ont en leur possession avec la Financière Manuvie et vice versa : professionnels de la santé, établissement médical ou fournisseur de soins de santé/soins dentaires, tout régime d'assurance-maladie provincial, compagnie d'assurance ou de réassurance, courtier d'assurance ou administrateur de régime, mon employeur ou mon ancien employeur, tout organisme gouvernemental, de vérification ou d'enquête indépendant, et institution financière. Il est entendu que je peux obtenir de plus amples renseignements sur la cueillette, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels par la Financière Manuvie à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective ou auprès de l'administrateur de mon régime.

J'autorise la Financière Manuvie à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins d'identification. J'atteste que les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. Une copie de la présente a la même valeur que l'original.

Signature du participant (au complet) _____ (aaaa/mm/jj)

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