

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Régime N° _____ N° du certificat _____

Nom de l'employeur _____

Nom et prénom de l'employé _____

 Date de naissance : jour _____ / mois _____ / année _____ Sexe F H

Adresse de l'employé: _____

DÉSIREZ-VOUS QUE LE REMBOURSEMENT DES FRAIS À L'ÉGARD DES SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRE SOIT VIRÉ AUTOMATIQUEMENT À VOTRE COMPTE BANCAIRE, GRÂCE AU SERVICE DE DÉPOT DIRECT ? Oui Non Je joins un chèque portant la mention «Annulé» afin de profiter de ce service. Veuillez noter que l'envoi d'un seul chèque portant la mention «Annulé» sera nécessaire. Toutefois, si vous changez de compte bancaire, vous devrez nous fournir un nouveau chèque.

RENSEIGNEMENTS POUR LA COORDINATION DES INDEMNITÉS

- Est-ce que votre conjoint(e) et/ou votre (vos) enfant(s) est (sont) couvert(s) par un autre régime d'assurance collective? Oui Non
Si oui, veuillez compléter ce qui suit :
Date de naissance de votre conjoint(e) (J/M/A) _____
Compagnie d'assurance, numéro de la police et numéro de certificat _____
- Les frais sont-ils nécessaires par suite d'un accident? Oui Non
Si oui, veuillez compléter ce qui suit : Date de l'accident _____ Endroit où l'accident a eu lieu Travail Maison Autre
Veuillez expliquer comment l'accident est survenu _____
- Si la réclamation est pour un enfant âgé de 21 ans ou plus, veuillez compléter ce qui suit :
L'enfant est-il handicapé?
L'enfant est-il un étudiant à temps plein?

MÉDICAMENTS, SOINS DE LA VUE, SERVICES PARAMÉDICAUX ET AUTRES - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom du patient (Utiliser une ligne par patient)	Date de naissance			Lien avec l'employé	Total des reçus payés	RAPPEL VEUILLEZ CONSULTER LE SOMMAIRE DES GARANTIES POUR CONFIRMER LE DÉLAI DONT VOUS DISEZ POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE. LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI AU COMPLET. SANS QUOI, IL VOUS SERA RETOURNÉ, ET LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE SERA AINSI RETARDÉ.
	Jour	Mois	Année			
FRAIS MÉDICAMENTS	TOTAL DES FRAIS SOUMIS					

Veuillez SVP joindre vos reçus originaux pour frais de médicaments à l'endos de ce formulaire.
Tous les reçus doivent démontrer le numéro d'ordonnance et le numéro d'identification du médicament.

SOINS DE LA VUE - CESSION DES PRESTATIONS

FOURNISSEUR	Nom et adresse du fournisseur : _____ Téléphone: _____	Je cède au fournisseur nommé dans la présente les indemnités payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. _____ Signature de l'employé Date
--------------------	---	---

AUTORISATION

Les renseignements personnels que nous recueillons sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise l'utilisation de mon numéro de certificat à titre de numéro d'identification lorsqu'il est nécessaire dans l'administration de mon régime collectif. J'autorise Cowan, tout fournisseur de soins de santé, toute compagnie d'assurance, toute organisation ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec Cowan à échanger les renseignements, au besoin, aux fins d'évaluer ma demande de règlement et de gérer le régime collectif.

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature de l'employé _____ Date : _____

FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Groupe Assurance Cowan
700-1420 place Blair
Ottawa (Ontario) K1J 9L8
Telephone: 1-888-509-7797 or 1-613-741-3313