THE Great-West Life ASSURANCE COMPANY

HEALTHCARE EXPENSES STATEMENT

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

EMPLOYEE INFORMATION

PLAN NUMBER	DIVISION NO.	PLAN NAME
157829		**CFPSA / ASPFC**

EMPLOYEE IDENTIFICATION NUMBER

EMPLOYEE NAME

DATE OF BIRTH Year Month Day

ADDRESS: NUMBER AND STREET TOWN PROVINCE POSTAL CODE

PHONE # HOME: WORK:

COORDINATION OF BENEFITS

Are you or any other member of your family entitled to benefits under any other plan?

☐ Yes ☐ 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?

☐ Yes ☐ No

If "Yes" to either question above, and the patient is a dependent child, please provide spouse's

date of birth _____ (Day) / _____ (Month)

Is treatment required as the result of an accident? ☐ Yes ☐ No If "Yes", give date, location

and explain how accident happened _____

Is a claim being made for Worker's Compensation Benefits? ☐ Yes ☐ No

SEND THIS CLAIM TO:

Winnipeg Benefit Payments
P.O. Box 3050
Winnipeg MB R3C 4E5
1-800-957-9777
(204) 942-3589
TTY line - available for the deaf or hard of hearing
Toll Free: 1-800-990-6654 Phone: (204) 946-7281

DEPENDENT INFORMATION

Patient Name	Relationship to Employee	Date of Birth Year	Mth	Day	Does patient reside with you? YES	NO	Full-Time Student? YES	NO	**If child over 18 years** If Student, how many hours per week?	Employed? YES	NO	How many hours worked per week?
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	
					☐	☐	☐	☐		☐	☐	

CLAIM DETAILS

	DRUG EXPENSES		**OTHER EXPENSES**		
Patient Name	Number of Receipts	Total Charge	Type of Expense	Nature of Illness	Total Charge

(IF ADDITIONAL SPACE IS NEEDED, ATTACH SEPARATE PAGE)

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. 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 to exchange personal information when necessary for these purposes. I authorize the use of my Social Insurance Number for tax reporting purposes and as an identification number where it is required in the administration of the plan. I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

EMPLOYEE'S SIGNATURE _____ DATE _____

© The Great-West Life Assurance Company ("Great-West Life"), all rights reserved. Any modification of this document without the express written consent of Great-West Life is strictly prohibited.

LA Great-West
COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

RELEVÉ DES FRAIS MÉDICAUX

DIRECTIVES : Il est important de donner tous les détails des frais et d'annexer les factures et les reçus.
Remarque : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés en vertu des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de l'impôt sur le revenu, le détail du règlement accompagnant notre 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 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.

En caractères d'imprimerie s.v.p.

RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

NUMÉRO DU RÉGIME	N^{O} DE LA DIVISION	NOM DU RÉGIME
157829		**ASPFC / CFPSA**

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ

NOM DU SALARIÉ

DATE DE NAISSANCE (Année / Mois / Jour)

ADRESSE : NUMÉRO ET RUE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL

N^{O} DE TÉLÉPHONE
DOMICILE : BUREAU :

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? ☐ Oui ☐ Non

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 _____ (Jour) / _____ (Mois)

Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? ☐ Oui ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non

ENVOYEZ LA PRÉSENTE DEMANDE À :

Indemnités Winnipeg
Case postale 3050
Winnipeg (Manitoba) R3C 4E5
1 800 957-9777
(204) 942-3589
LIGNE ATS - disponible pour les sourds et les malentendants
Numéro sans frais:1 800 990-6654
Téléphone: (204) 946-7281

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Nom du patient	Lien de parenté avec le salarié	Date de naissance (Année / Mois / Jour)	Le patient habite-t-il avec vous? OUI / NON	Étudie-t-il à temps plein? OUI / NON	**Enfant de plus de 18 ans** — S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine?	Travaille-t-il? OUI / NON	Combien d'heures par semaine?
			☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐	
			☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐	
			☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐	
			☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐	
			☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐	

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

	FRAIS DE MÉDICAMENTS		**AUTRES FRAIS**		
Nom du patient	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)

À la Great-West, 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. 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 gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. 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 SALARIÉ _____ DATE _____

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie (« la Great-West »), tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.