DÉPENSE MÉDICALE SUPPLÉMENTAIRE

POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE À:
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS LIMITED
P.O. Box 3071, Station 'A'
Mississauga, Ontario L5A 3A4

RÉGIME DE PRESTATIONS GÉRÉ PAR:
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS LIMITED

VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. DONNER TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS. UTILISER PLUS D'UN FORMULAIRE SI NÉCESSAIRE.

Nom de la compagnie			N° du local
Nom du membre		N° D'identification	Date de naissance Jour Mois Année
Adresse du membre N° et rue Ville Province Code postal			N° de téléphone ( )

Avez-vous (ou la personne à votre charge a-t-elle) une autre assurance qui pourrait payer pour cette demande de règlement? ☐ Oui ☐ Non

Si «Oui», donner le nom de l'employeur et de la compagnie d'assurance _____

Si la demande est faite pour un enfant à charge, veuillez indiquer la date de naissance du conjoint ou de la conjointe J/M/A _____

Les dépenses sont-elles reliées à un accident ☐ Oui ☐ Non
un dossier du CSPAAT ☐ Oui ☐ Non

	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE J	M	A	DATE DES FRAIS ENGAGÉS	MÉDICAMENTS : NOM OU DIN AUTRE: GENRE DE FRAIS	MONTANT IMPUTÉ
MEMBRE								
CONJOINT(E)								
ENFANT CÉLIBATAIRE						L'enfant est-il employé? ☐ Oui ☐ Non Heures par semaine _____		

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. J'autorise Benefit Plan Administrators Limited («BPA») à recueillir et à utiliser des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mes personnes à charge admissibles aux fins de traitement de cette demande de règlement et d'administration de mon régime de prestations. Je sais que BPA s'engage à respecter le caractère confidentiel de ces renseignements personnels et à les protéger au moyen de mesures de sécurité.

Je sais que seuls les renseignements personnels pertinents à leurs droits de prestations seront communiqués par BPA à mes personnes à charge admissibles. Il est entendu que les renseignements personnels qui me concernent (et ceux qui concernent mes personnes à charge admissibles) ne peuvent être communiqués qu'à des professionnels de la santé, établissements médicaux, fournisseurs de soins de santé/soins dentaires ou fournisseurs de services d'administration des prestations, régimes provinciaux d'assurance-maladie, sociétés d'assurance, organismes gouvernementaux, et organismes de vérification ou d'enquête externes, et ceci aux fins de vérification de l'admissibilité aux prestations.

Il est entendu que mon numéro d'assurance sociale demeurera strictement confidentiel et qu'il sera utilisé seulement aux fins de déclaration d'impôt sur le revenu et pour déterminer si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossier du participant approprié. Je donne mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

_____ _____

Signature du membre Date JJ MM AA

LE FAIT D'AVOIR CE FORMULAIRE EN SA POSSESSION NE REND PAS UNE PERSONNE AUTOMATIQUEMENT ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS.