DEMANDE DE PRESTATIONS – COMPTE SOINS DE SANTÉ

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Employeur	Date de naissance	Homme ☐ Femme ☐	N° de groupe	N° de certificat
Nom de l'employé	Adresse de l'employé (Rue, ville, province et code postal)			

FAIRE LE TOTAL DE CHAQUE GENRE DE DÉPENSE POUR CHAQUE DEMANDEUR SUR UNE NOUVELLE LIGNE

Joindre un reçu pour chaque dépense inscrite

Prénom du demandeur	Lien de parenté	Date de naissance Jr	Mois	Ann.	Genre de dépense c.-à-d. Médicaments, Vue, Praticien, etc.	Date de la dépense	Montant total facturé
						TOTAL	

La falsification et la contrefaçon de documents ou reçus servant à une demande de prestations peuvent entraîner des conséquences juridiques

Authorisation :

Je certifie que les renseignements contenus dans la présente demande ainsi que tous documents à l'appui de cette demande (y compris les reçus ci-joints) sont véridiques, entiers et complets.

Je suis conscient que tous les frais encourus et soumis ne sont admissibles que s'ils sont des frais médicaux admissibles tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). Je déclare que les personnes à charge pour lesquelles des frais sont soumis dépendent de moi pour leurs moyens de subsistance et leur soutien, tel qu'exigé par la Loi sur L'Agence du revenu du Canada.

J'accepte que les renseignements que je soumets à RWAM, Administrateurs d'assurance (« RWAM ») en ce qui concerne cette demande de prestations, et toute autre demande de prestations connexe, serviront à authentifier ma demande, à déterminer mon admissibilité aux prestations d'assurance collective en vertu de mon régime, et à valider, gérer et traiter ma demande.

J'autorise la divulgation et/ou l'échange de tous renseignements concernant cette demande à ou par RWAM et à ou par toutes autres parties, afin d'administrer, de traiter et de confirmer la validité et/ou l'exactitude de cette demande. Si la demande concerne mon conjoint ou l'un de mes enfants à charge, je confirme que je suis autorisé à agir à leur nom, et que, par conséquent, ce consentement et cette autorisation s'appliquent également à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de leurs renseignements personnels pour les mêmes raisons. Cette autorisation demeure valide tant que je fais des demandes de règlement ou de service ou jusqu'à ce que je la révoque moi-même par écrit.

Une photocopie, copie par télécopieur ou copie numérisée de cette autorisation seront aussi valides que l'original.

✕ _____ _____ ____-____-____

Signature de l'employé | Date | N° de téléphone

Ce formulaire doit être dûment rempli. Sinon, le formulaire vous sera renvoyé, ce qui retardera le traitement de la demande de prestations.

Envoyer le formulaire rempli à : RWAM, INSURANCE ADMINISTRATORS INC.
Attention: Health Claims Department
49 Industrial Dr., Elmira, ON N3B 3B1
Courriel : web-groupclaims@rwam.com
Téléc. : 519-669-1923