

SEND THIS CLAIM TO:

Questions? Call Toll Free: 1.800.957.9777

Regina Benefit Payments
P.O. Box 4408
Regina SK S4P 3W7

 For the deaf or hard of hearing:
Toll Free: 1.800.990.6654

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

| PART 1 EMPLOYEE INFORMATION | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------|---------------|----------|-------------|---------------------------------------|--|
| PLAN NUMBER | DIVISION NUMBER | PLAN NAME | | | | |
| EMPLOYEE IDENTIFICATION NUMBER | | EMPLOYEE NAME | | | DATE OF BIRTH (Year / Month / Day) | |
| ADDRESS: NUMBER AND STREET | | TOWN | PROVINCE | POSTAL CODE | PHONE # | |
| HOME: | | | | WORK: | | |

| PART 2 COORDINATION OF BENEFITS | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Are you or any other member of your family entitled to benefits under any other plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| If yes, name of family member _____ | |
| If yes, to either question above, and the patient is a dependent child, please provide spouse's date of birth: _____ (Year / Month / Day) | |
| Is treatment required as the result of an accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, give date, location and explain how accident happened | |
| _____ | |
| Is a claim being made for Worker's Compensation Benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

| PART 3 DEPENDENT INFORMATION | | | | | | | | If child over 18 years | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------|-------|-----|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Patient Name | Relationship to Employee | Date of Birth | | | Does patient reside with you? | | Full-Time Student? | | If student, how many hours per week? | Employed? | | How many hours worked per week? |
| | | Year | Month | Day | YES | NO | YES | NO | | YES | NO | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| PART 4 CLAIM DETAILS (If additional space is needed, attach a separate page) | | | OTHER EXPENSES | | |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------|-------------------|--------------|
| DRUG EXPENSES | | | Type of Expense | Nature of Illness | Total Charge |
| Patient Name | Number of Receipts | Total Charge | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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. For a copy of our Privacy Guidelines, or if you have questions about our personal information policies and practices (including with respect to service providers), write to Great-West Life's Chief Compliance Officer or refer to www.greatwestlife.com.

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, located within or outside Canada, to exchange personal information when necessary for these purposes. I understand that personal information may be subject to disclosure to those authorized under applicable law within or outside Canada. I certify that the information given is true, correct, and complete to the best of my knowledge.

Employee's Signature _____ Date _____

Questions : 1 800 957-9777 (sans frais)

Service des indemnités de Regina
Case postale 4408
Regina (Saskatchewan) S4P 3W7

 Pour les sourds et les malentendants :
Numéro sans frais : 1 800 990-6654

DIRECTIVES : Il est important de donner le détail des frais et d'annexer les factures et les reçus.
À noter : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés aux termes des régimes d'assurance-médicaments d'État, font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de la déclaration de revenus, le détail du règlement que nous vous ferons parvenir, accompagné ou non d'un 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 échangeons 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 la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

En caractères d'imprimerie s.v.p.

| PARTIE 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ | | | | | | |
|----------------------------------------|-------------|----------------|----------|-------------|--------------------------------------------|--|
| RÉGIME N° | DIVISION N° | NOM DU RÉGIME | | | | |
| NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ | | NOM DU SALARIÉ | | | DATE DE NAISSANCE (Année / Mois / Jour) | |
| ADRESSE : NUMÉRO ET RUE | | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | N° DE TÉLÉPHONE | |
| | | | | DOMICILE : | TRAVAIL : | |

| PARTIE 2 COORDINATION DES PRESTATIONS | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré. _____ | |
| 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 ____ / ____ / ____ | |
| Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

| PARTIE 3 RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE | | | | | | Enfant de plus de 18 ans | | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|------|------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|
| Nom du patient | Lien de parenté avec le salarié | Date de naissance | | | Le patient habite-t-il avec vous? OUI NON | Étudie-t-il à temps plein? OUI NON | S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine? | Travaille-t-il? OUI NON | Combien d'heures par semaine? |
| | | Année | Mois | Jour | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

| PARTIE 4 RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT (Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille.) | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|----------------------|-----------------|
| FRAIS DE MÉDICAMENTS | | | AUTRES FRAIS | | |
| Nom du patient | Nombre de reçus | Total des frais | Type de frais | Nature de la maladie | Total des frais |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

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 d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du salarié _____ Date _____