

**INSTRUCTIONS :**

1. Remplissez le présent formulaire au complet. Signez-le et inscrivez la date.
2. Veuillez joindre les reçus originaux au formulaire.
3. Veuillez conserver des copies, car les reçus originaux ne seront pas retournés.
4. Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime.  
Consultez la PARTIE 4.

**PARTIE 1 – Confirmation, autorisation et signature**

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles aux termes de mon régime.

La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Great-West prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

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. J'autorise la Great-West, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'Etat ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire 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.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou rendez-vous à l'adresse [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

Signature du participant de régime **X**

Jour

Mois

Année

**PARTIE 2 – Renseignements sur le participant de régime –** Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain du nom ou du numéro de votre régime, ou encore de votre numéro d'identification de participant, veuillez communiquer avec votre gestionnaire de régime.

Nom du régime

Numéro du régime

Numéro d'identification du participant

**Nom du participant**

Prénom

Nom de famille

**Adresse du participant**

Numéro et rue

Ville

Province

Code postal

**Date de naissance :**

Jour

Mois

Année

**Langue de correspondance :**

Anglais  Français

### PARTIE 3 – Renseignements sur la demande de règlement

Les reçus originaux doivent être joints à votre demande de règlement. Veuillez indiquer le type de frais faisant l'objet de la demande de règlement et le montant correspondant.

#### Frais divers (veuillez décrire) :

- \_\_\_\_\_ \$
- \_\_\_\_\_ \$
- \_\_\_\_\_ \$
- \_\_\_\_\_ \$
- \_\_\_\_\_ \$

Nombre total de reçus originaux inclus : \_\_\_\_\_ Montant total de la demande de règlement  \$

*Les frais admissibles varient selon la protection offerte aux termes de votre régime d'avantages sociaux. Pour vérifier l'admissibilité de certains frais, veuillez consulter le livret de votre régime. Tous les remboursements constituent un avantage imposable.*

### PARTIE 4 – Présentation de votre demande de règlement

Veuillez envoyer votre demande de règlement au Service des indemnités indiqué ci-dessous.

**Des questions? Composez sans frais le**



Personnes sourdes ou malentendantes :  
Numéro sans frais : 1 800 990-6654