

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.

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 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.

PART 1: EMPLOYEE'S STATEMENT (Please Print) / 1^{re} PARTIE : DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ (Veuillez écrire en lettre moulées)

- Plan Name / Nom du régime **CANADIAN BROADCASTING CORPORATION / SOCIÉTÉ RADIO-CANADA**
Plan Number / Numéro du régime **51089**
- Employee's Name / Nom de l'employé _____
Home Mailing Address / Adresse postale _____
Identification Number / Numéro d'identification _____
- Is any other member of your family insured as an employee under this plan? ☐ Yes ☐ No
L'un des membres de votre famille est-il assuré par le présent régime à titre d'employé? ☐ Oui ☐ Non
If yes, name of family member / Dans l'affirmative, inscrivez son nom _____
- Are you or any other member of your family entitled to medical benefits under any other Group Insurance plan? ☐ Yes ☐ No
Vous-même ou un membre de votre famille, avez-vous droit à des prestations de frais médicaux en vertu d'un autre régime? ☐ Oui ☐ Non
If yes, name of family member insured / Dans l'affirmative, inscrivez le nom de la personne assurée _____
Relationship to employee / Lien de parenté avec l'employé _____
Name of other insurance company / nom de l'autre compagnie d'assurance _____
Policy Number / Numéro de police _____
- If yes to question 3 or 4 above, and the claim is for a dependent child, give: Employee's birthdate (Day/Mo.) _____ AND
Spouse's birthdate (Day/Mo.) _____
Dans l'affirmative à la question 3 ou 4 ci-dessus, et si le demandeur est un enfant à charge, donnez :
la date de naissance de l'employé (jour/mois) _____ ET
de son conjoint (jour/mois) _____

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.

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.

EMPLOYEE'S SIGNATURE / SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____ DATE _____

PART 2: CLAIMANT INFORMATION / 2^e PARTIE : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

- Name of Claimant / Nom du demandeur _____ Date of Birth / Date de naissance _____ Relationship to employee / Lien de parenté avec l'employé _____
i) _____
ii) _____
iii) _____
- a) If claim is for a dependent child, does the child reside with you? ☐ Yes ☐ No
Si la demande est pour un enfant à charge, habite-t-il avec vous? ☐ Oui ☐ No
b) Dependent Child Information / Renseignements sur les enfants à charge _____

Name of Child / Nom de l'enfant _____

PART 3: CLAIM INFORMATION / 3^e PARTIE : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

(Please itemize expenses by claimant / Veuillez détailler les frais pour chaque demandeur)

Note: Drug bills and receipts, other than those required for government drug plans, are part of our records and will not be returned. The itemization of expenses that will accompany our cheque or explanation should be retained for your records and for Income Tax purposes.

Note : Les factures et reçus de médicaments, autres que ceux exigés en vertu des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux, font partie intégrante de nos registres et ne vous seront pas retournés. Veuillez conserver, aux fins de l'impôt sur le revenu, le relevé des frais ou le feuillet explicatif qui sera annexé à votre chèque.

A. DRUG CHARGES / FRAIS DE MÉDICAMENTS

DIN # (Drug Identification No.)
(Contact your Pharmacy to obtain this number if not shown on your receipt or the prescription container)
N° du DIN (identification numérique de la drogue)
(communiquer avec la pharmacie pour obtenir ce numéro s'il ne figure pas sur le reçu ou le récipient d'ordonnance)

Name of Claimant Nom du demandeur	DIN # (Drug Identification No.) (Contact your Pharmacy to obtain this number if not shown on your receipt or the prescription container) N° du DIN (identification numérique de la drogue) (communiquer avec la pharmacie pour obtenir ce numéro s'il ne figure pas sur le reçu ou le récipient d'ordonnance)	Date of Purchase Date d'achat	Charge Montant	Name of Drug (must be given) Nom du médicament (obligatoire)

**B. ALL OTHER EXPENSES
TOUS AUTRES FRAIS**

Name of Claimant Nom du demandeur	Provider of Service Fournisseur des services	Type of Service Nature des services	Date of Service Date des soins	Charge Montant	Nature of Illness Nature de la maladie

SEND COMPLETED CLAIM FORM TO / EXPÉDIEZ LE FORMULAIRE D'ÊMENT REMPLI À :

QUEBEC RESIDENTS:

Questions? Call Toll Free: 1.877.340.9082

Montreal Benefit Payments
Place Bonaventure
PO Box 6162 Station Centre Ville
Montréal QC H3C 4S7

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

RÉSIDENTS DU QUÉBEC:

Questions : 1 877 340-9082 (sans frais)

Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure
CP 6162 Succursale Centre-Ville
Montréal QC H3C 4S7

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

OUT-OF-COUNTRY CLAIMS:

Questions? Call Toll Free: 1.877.340.9082

Great-West Life Health & Dental Benefits
Out-of-Country Claims
PO Box 6000 Station Main
Winnipeg MB R3C 3A5

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

**DEMANDES DE RÈGLEMENT VISANT LES FRAIS À
L'EXTÉRIEUR DU PAYS:**

Questions : 1 877 340-9082 (sans frais)

Prestations, Soins médicaux et
Soins dentaires - Great-West
CP 6000 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 3A5

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

ALL OTHERS:

Questions? Call Toll Free: 1.877.340.9082

Winnipeg Benefit Payments
PO Box 6045 Station Main
Winnipeg MB R3C 0S4

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

TOUS LES AUTRES:

Questions : 1 877 340-9082 (sans frais)

Service des indemnités de Winnipeg
CP 6045 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 0S4

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

(If additional space is needed, attach separate page)
(Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille séparée)