

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)

1. Plan Name / Nom du régime _____
Plan Number / Numéro du régime _____
2. Employee's Name / Nom de l'employé _____
Home Mailing Address / Adresse postale _____
Identification Number / Numéro d'identification _____
3. 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 _____
4. 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 _____
5. 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

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| 1. Name of Claimant / Nom du demandeur | Date of Birth /
Date de naissance | Relationship to employee /
Lien de parenté avec l'employé |
| i) _____ | _____ | _____ |
| ii) _____ | _____ | _____ |
| iii) _____ | _____ | _____ |
| 2. a) If claim is for a dependent child, does the child reside with you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Si la demande est pour un enfant à charge, habite-t-il avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| b) Dependent Child Information / Renseignements sur les enfants à charge | | |

Name of Child / Nom de l'enfant

