FIDUCIE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA SECTION LOCALE 2002 DES UNIFOR

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION – COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ

SEULES SONT ADMISSIBLES LES DÉPENSES ENCOURUES À COMPTER DU 1ER AOÛT 2025 AU 31 JUILLET 2026

LES RÉCLAMATIONS DOIVENT ÊTRE REÇUES D'ICI MIDI (HEURE DE L'EST) LE 31 JUILLET 2026

ÉTAPE 1 : Vos Renseignements

Votre nom complet (Prénom/ Nom) : _____ **Votre N° Employé(e) :** _____

Votre statut d'emploi au 1er août 2025 : Temps plein 300$ ☐ Temps partiel 150 $ ☐

Votre date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ **Votre adresse courriel :** _____

Votre adresse (rue / ville / province / code postal) : _____ _____

Étape 2 : Pour qui est la réclamation ?

Nom de la personne : _____ **Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :** _____

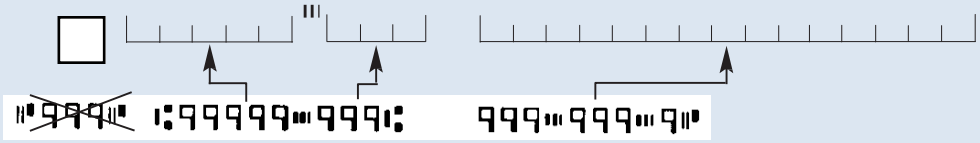
Nom de la personne : _____ **Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :** _____

Leur relation avec vous : Moi-même ☐ Époux(se) ☐ Enfant ☐ Autre ☐

Étape 3: Vos renseignements bancaires - Le remboursement se fera par dépôt direct

Veuillez joindre un chèque annulé ou remplir les renseignements ci-dessous.

N° succursale N° institution N° compte



Étape 4 : Veuillez indiquer que vous avez joint :

1. ☐ Ce formulaire dûment rempli, daté et signé
2. ☐ Copies des factures payées en totalité
3. ☐ Explication détaillée des prestations (EOB/EPD) de votre assurance par AC/AE. Pas de capture d'écran.
4. ☐ Si vous avez d'autres assurances, veuillez joindre également les Explications détaillées (EOBs/EPDs) de ces autres assurances

Étape 5 : Signature :

Je certifie par la présente que l'information fournie est véridique et exacte, et que chaque dépense de la liste a été encourue pour un traitement médical de la personne identifiée ci-dessus. J'ai été informé que la soumission d'informations inexactes ou incomplètes peut susciter un retard de traitement ou le refus d'un paiement. Je confirme que je suis autorisé à agir à ces fins au nom de mon conjoint et/ou de mes personnes à charge. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification et l'administration de toute prestation; je suis informé que la fourniture de mon information d'identification et la divulgation à cette fin sont facultatives et ne constituent pas une condition de fourniture des services, et que je suis en droit de ne pas accorder mon autorisation ou de résilier celle-ci. Toute copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

JOUR: ____ MOIS ____ ANNÉE ____ SIGNATURE DU MEMBRE : _____

signature original s'il vous plait

Canadian Benefits Consulting Group Limited

Canadian Benefits Consulting Group Limited s'engage à protéger la confidentialité, l'exactitude et la sûreté de toute information personnelle recueillie, utilisée/divulguée dans le cadre de ses activités.

Canadian Benefits Consulting Group
(416) 488-7755 1-800-268-0285
Fax: (416) 488-7774 / Courriel : gidip@canben.com