

INSTRUCTIONS: Complete a separate form for each family member for whom you are claiming expenses. Attach bills for each expense and fully itemize them in the space provided below.

IMPORTANT: **If any of the requested information is missing or incorrect, your claim will be returned.** 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.

NAME OF GROUP Power Sector Benefit Trust POLICY NUMBER 56105

EMPLOYEE NAME _____

EMPLOYEE ADDRESS _____ POSTAL CODE _____

EMPLOYEE ID NUMBER _____ DIVISION NUMBER _____

NAME OF PATIENT _____ DATE OF BIRTH ____/____/____
DAY MONTH YEAR RELATIONSHIP TO EMPLOYEE _____

1. If Dependent, does the patient reside with you? Yes No

2. If child 18 years or older:

A. FULL-TIME STUDENT? Yes No

B. If student, how many hours per week at school? _____

C. EMPLOYED? Yes No If Yes, how many hours worked per week? _____

3. Are you or any member of your family entitled to benefits under any other Group Insurance? Yes No

If Yes, name of family member insured _____

Name and address of other _____

Insurance Company _____ Policy No. _____

4. Is any member of your family (other than yourself) insured as an employee under this policy? Yes No

If Yes, Name of family member _____

5. If Yes to question 3 or 4 above, and patient is a dependent child, give employee's birthdate ____/____/____
DAY MONTH

AND spouse's birthdate ____/____/____
DAY MONTH

TO BE COMPLETED BY PROVIDER OF MATERIALS

1. Date of Service _____	2. Type of lenses supplied Left Eye Right Eye	3. Reason for purchase (please check)
Frames \$ _____	Plain glass _____	a) Initial prescription _____
CHARGES FOR Lens for right eye \$ _____	Single vision _____	b) Prescription change _____
MATERIALS SUPPLIED: Lens for left eye \$ _____	Bifocal _____	c) Loss or breakage _____
Other \$ _____	Trifocal _____	d) Other (please explain) _____
TOTAL \$ _____	Contact _____	

4. Give reasons and specific item cost for "Other" in area 1. e.g. hardening, tinting, varigray, oversize lenses, etc.

If glasses tinted, what was tint? _____

5. Name of Prescribing Optometrist or Ophthalmologist – if signed by Optician

I am a legally qualified OPHTHALMOLOGIST OPTOMETRIST OPTICIAN

SIGNED _____ DATE _____ TELEPHONE # _____

ADDRESS _____

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. 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 to exchange personal information when necessary for these purposes. I authorize the use of my Social Insurance Number for tax reporting purposes and as an identification number where it is required in the administration of the plan. I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

EMPLOYEE'S SIGNATURE _____ DATE _____

INSTRUCTIONS : Remplissez un formulaire distinct pour chaque membre de la famille pour lequel vous présentez une demande d'indemnisation. Joignez-y les factures et reçus et détaillez les frais dans l'espace prévu à cette fin.

IMPORTANT : En cas d'omission ou d'erreur, la demande vous sera retournée.

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 vérification de l'admissibilité et de gestion des demandes de règlement.

NOM DU GROUPE Power Sector Benefit Trust NUMÉRO DE LA POLICE 56105

NOM DU SALARIÉ _____

ADRESSE DU SALARIÉ _____ CODE POSTAL _____

N° D'IDENTITÉ DU SALARIÉ _____ N° DE DIVISION _____

NOM DU PATIENT _____ DATE DE NAISSANCE _____ / _____ / _____ LIEN DE PARENTÉ _____

1. S'il s'agit d'une personne à charge, est-ce qu'elle demeure avec vous? Oui Non

2. S'il s'agit d'un enfant âgé de 18 ans ou plus :

A. ÉTUDIE -T-IL À PLEIN TEMPS? Oui Non

B. S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine? _____

C. TRAVAILLE -T-IL Oui Non Combien d'heures par semaine? _____

3. Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations aux termes d'un autre régime collectif? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez le nom de la personne assurée _____

Nom et adresse de la compagnie d'assurance _____ Numéro de police _____

4. Est-ce que l'un des membres de votre famille (autre que vous-même) est assuré par le présent régime à titre de salarié? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez son nom _____

5. Dans l'affirmative à la question 3 ou 4 ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, donnez :

la date de naissance du salarié : (jour/mois) _____ ET

de son conjoint : (jour/mois) _____

À REMPLIR PAR L'OPTICIEN OU L'OPTOMÉTRISTE

1. Date des soins _____	2. Genre de lentilles Œil gauche Œil droit	3. Motif de l'achat (cochez) :			
			Monture _____ \$	Verre ordinaire _____	a) première ordonnance _____
			Verre droit _____ \$	Unifocales _____	b) nouvelle ordonnance _____
			Verre gauche _____ \$	Bifocales _____	c) remplacement à la suite d'une perte ou d'un bris _____
			Autres _____ \$	Trifocales _____	d) autres (précisez) _____
DÉTAIL DES FRAIS	TOTAL _____ \$	Cornéennes _____			

4. Précisez la nature des frais figurant à la rubrique "Autres" ci-dessus et indiquez-en le montant exact. Par exemple : durcissement, coloration, verre photochromatique, lentilles plus grandes que la normale, etc.

Lorsqu'il s'agit de verres teintés, donnez la teinte.

5. Si un opticien signe le présent formulaire, donnez le nom de l'optométriste ou de l'ophtalmologiste qui a rédigé l'ordonnance.

Je suis dûment diplômé et reconnu comme OPHTHALMOLOGISTE OPTOMÉTRISTE OPTICIEN

SIGNATURE _____ DATE _____ N° DE TÉLÉPHONE _____

ADRESSE _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection 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 fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

SIGNATURE DU SALARIÉ _____ DATE _____