



Demande de compte gestion santé

Veillez inscrire vos numéros
d'entreprise et de certificat

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Vous devez utiliser le présent formulaire pour demander le remboursement de frais admissibles, jusqu'à concurrence du maximum accordé aux termes du Compte gestion santé (CGS) de votre régime. Si le formulaire n'est pas rempli en entier, il vous sera retourné sans remboursement.

Si vous désirez coordonner vos demandes de règlement entre votre régime d'assurance collective et votre Compte gestion santé, vous devez joindre la présente demande à une demande de règlement pour soins médicaux ou pour soins dentaires dûment remplie accompagnée de reçus originaux.

OU

Si vous avez déjà présenté une demande de règlement et désirez demander le remboursement de la partie des frais non remboursée, vous devez présenter le présent formulaire accompagné du relevé des prestations original.

Nom de l'entreprise _____

Nom au complet de l'employé _____

Adresse (domicile) _____
Appartement/Rue Ville Province Code postal

Veillez indiquer un numéro de téléphone où nous pourrions vous joindre le jour si nous avons des questions à propos de votre demande de règlement. _____

MONTANT DU REMBOURSEMENT

_____ \$

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant.

J'atteste que ce montant est admissible à titre de frais médicaux aux fins de l'impôt sur le revenu. J'atteste également que les personnes à l'égard desquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et me comprennent ainsi que mon conjoint et mes personnes à charge selon la définition du Compte gestion santé. Je comprends que si le remboursement de ces frais donne lieu à des conséquences fiscales, c'est moi qui serai responsable des impôts à payer.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____

TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

Faites parvenir le présent formulaire accompagné d'une demande de règlement dûment remplie ou du relevé des prestations à l'adresse suivante :

**Régime d'assurance collective des chambres de commerce, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
Téléphone 1800 294-4080 • Télécopieur 1800 457-8410**