MARITIME LIFE

EMPLOYEE — Complete form with all required information

Supplementary Health Expense

1. Name of Employer or Plan Sponsor **Mayne Logistics Loomis** Group No. **961281**

2. Employee's Name _____ First _____ Last

3. Employee/SIN/Certificate No. _____ 4. Employee's Date of Birth ____ /____ /____ (Day / Mo. / Year)

5. Is this your first claim with Maritime Life? ☐ YES ☐ NO

6. Employee's Address _____ Street _____ City _____ Province _____ Postal Code

7. Are any of these expenses related to a Workers' Compensation claim? ☐ YES ☐ NO

8. Are health benefits payable from another group plan? ☐ YES (Please provide name of employer and name of Group Medical Carrier) _____ ☐ NO If spouse previously had coverage indicate cancellation date _____

9. Do you want any unpaid balance from this claim reimbursed from your health care spending account? ☐ YES ☐ NO

The spouse who is covered by another medical plan must first submit his/her claim to his/her insurer. Afterwards, provide Maritime Life with a completed claim form and a copy of the settlement provided by the other carrier. Photocopies of receipts are acceptable for this type of claim. Claims for children must be submitted to the insurer of the parent whose birthday occurs first in the calender year.

PLEASE COMPLETE ALL REQUESTED INFORMATION AND LIST EXPENSES IN DATE ORDER. USE A SEPARATE BOX FOR EACH PERSON AND ATTACH ORIGINAL RECEIPTS. INCOMPLETE FORMS AND PHOTOCOPIED/DUPLICATE RECEIPTS CANNOT BE PROCESSED FOR PAYMENT.

Name of Family Member _____

☐ Employee ☐ Spouse ☐ Son ☐ Daughter

If spouse or child, indicate Date of Birth ____ /____ /____ (Day / Mo. / Year)

Is spouse/child employed? ☐ YES ☐ NO

If over age 16, is child in school? ☐ YES ☐ NO

If yes, indicate name of Employer or School _____

PRESCRIPTION DRUG EXPENSES		OTHER MEDICAL EXPENSES		
Total # of Receipts Submitted	Total $ Amount Submitted	Receipt Date Day/Mo/Year	Description of Expense	Charge
			Total	

GRAND TOTAL (Prescription & Other Medical Expenses) _____

Name of Family Member _____

☐ Employee ☐ Spouse ☐ Son ☐ Daughter

If spouse or child, indicate Date of Birth ____ /____ /____ (Day / Mo. / Year)

Is spouse/child employed? ☐ YES ☐ NO

If over age 16, is child in school? ☐ YES ☐ NO

If yes, indicate name of Employer or School _____

PRESCRIPTION DRUG EXPENSES		OTHER MEDICAL EXPENSES		
Total # of Receipts Submitted	Total $ Amount Submitted	Receipt Date Day/Mo/Year	Description of Expense	Charge
			Total	

GRAND TOTAL (Prescription & Other Medical Expenses) _____

I AUTHORIZE:

- my personal physician and any health care professional, public/private health or social services organization, insurer, reinsurer, employer, or other public/private organization or person, that has record or knowledge of me or my health, or of any of my minor children being insured or of their health, to give any such personal information to Maritime Life, its reinsurers, or any consumer reporting agency acting on its behalf, for assessment of claims, and benefit administration.
- Maritime Life to obtain from and exchange with any of these organizations or persons or any department within Maritime Life any such personal information for the same purposes.
- the use of my Social Insurance Number (SIN) for claim identification purposes only. (Employee only)

A copy of this authorization shall be as valid as the original.

_____ Dated _____

Employee's Signature

MAIL THE COMPLETED FORM TO THE MARITIME LIFE CLAIM OFFICE IN YOUR REGION FOR PROMPT PROCESSING.

N.S. **N.B.** **P.E.I.** **NFLD.** Group Claims Department P.O. Box 1030 Halifax, Nova Scotia B3J 2X5 (902) 453-4300

QUE. Group Claims Department 999 de Maisonneuve West Suite 1200 Montreal, Quebec H3A 3L4 (514) 288-4300

ONT. Group Claims Department 3080 Yonge St. Suite 3040 Toronto, Ontario M4N 3P1 (416) 322-4747

B.C. **MAN.** **YUKON** **TERR.** Group Claims Department Suite 1404, 1055 Dunsmuir St. P.O. Box 49284 Vancouver, B.C. V7X 1L3 (604) 689-1429

AB. **SASK.** Group Claims Department 450 - 1st Street, S. W. Suite 3410 Calgary, Alberta T2P 5H1 (403) 750 -7320

LA MARITIME

Salarié — Remplir le formulaire en entier

Frais médicaux supplémentaires

1. Nom de l'employeur ou Responsable du régime **Mayne Logistique Loomis** N° du régime d'assurance **961281**

2. Nom et prénom du salarié _____ (Prénom) _____ (Nom)

3. Certificat n°/NAS _____ 4. Date de naissance du salarié ____ /____ /____ (Jour / Mois / Année)

5. Est-ce votre première demande de prestations auprès de La Maritime? ☐ OUI ☐ NON

6. Adresse _____ (Rue) _____ (Ville) _____ (Province) _____ (Code postal)

7. Ces frais sont-ils couverts par une indemnisation des accidents du travail? ☐ OUI ☐ NON

8. Touchez-vous des prestations-maladie d'un autre régime d'assurance collective?
   ☐ OUI (Indiquez le nom de l'employeur et le nom de l'assureur auprès duquel vous êtes assuré) _____
   ☐ NON (Si votre conjoint était couvert auparavant, donnez la date de résiliation: _____)

9. Désirez-vous que le solde impayé vous soit remboursé de votre compte de dépenses medicales? ☐ OUI ☐ NON

Les conjoints couverts en vertu d'une autre assurance maladie doivent d'abord présenter leur demande de règlement à leur assureur. Ils doivent ensuite fournir á La Maritime une demande de règlement dûment remplie ainsi qu'une copie du règlement qui leur a été versé par l'autre assureur. Nous acceptons des photocopies de reçus pour ce genre de demande. Les demandes de règlement des enfants doivent être présentées á l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance a lieu en premier dans l'année civile.

VEUILLEZ DONNER TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS ET INDIQUER LES FRAIS ENCOURUS PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE. REMPLISSEZ UNE CASE PAR PERSONNE ET ANNEXEZ LES REÇUS ORIGINAUX. LES DEMANDES DE RÈGLEMENT INCOMPLÈTES ET LES PHOTOCOPIES OU LES DUPLICATA DE REÇUS NE PEUVENT ÊTRE TRAITÉS.

Nom du membre de la famille _____

☐ Salarié ☐ Conjoint ☐ Fils ☐ Fille

Si conjoint ou enfant, date de naissance ____ /____ /____ (J / M / A)

Le conjoint ou l'enfant a-t-il un emploi? ☐ OUI ☐ NON

Si l'enfant a plus de 16 ans, est-il étudiant? ☐ OUI ☐ NON

Indiquez le nom de l'employeur ou de l'école _____

Frais - médicaments prescrits		Autres frais médicaux		
Nombre de reçus présentés	Montant total des reçus	Date du reçu Jour/Mois/Année	Description des frais	Frais
			Total	

TOTAL GLOBAL (Médicaments prescrits et autres frais médicaux) _____

Nom du membre de la famille _____

☐ Salarié ☐ Conjoint ☐ Fils ☐ Fille

Si conjoint ou enfant, date de naissance ____ /____ /____ (J / M / A)

Le conjoint ou l'enfant a-t-il un emploi? ☐ OUI ☐ NON

Si l'enfant a plus de 16 ans, est-il étudiant? ☐ OUI ☐ NON

Indiquez le nom de l'employeur ou de l'école _____

Frais - médicaments prescrits		Autres frais médicaux		
Nombre de reçus présentés	Montant total des reçus	Date du reçu Jour/Mois/Année	Description des frais	Frais
			Total	

TOTAL GLOBAL (Médicaments prescrits et autres frais médicaux) _____

J'AUTORISE :

- Mon médecin et tout professionnel de la santé, toute organisation de santé ou de services sociaux publique ou privée, mon assureur, mon réassureur, mon employeur ou toute autre personne ou organisation publique ou privée me connaissant ou ayant des renseignements sur mon état de santé, ou connaissant mes enfants mineurs assurés ou ayant des renseignements sur leur état de santé, de donner à La Maritime, à ses réassureurs ou à toute agence de renseignements sur la consommation agissant en son nom lesdits renseignements personnels afin d'évaluer les demandes et d'administrer les prestations.
- La Maritime à obtenir desdites organisations ou personnes ou de tout service interne de La Maritime des renseignements de ce genre ou de les échanger avec eux dans les buts susmentionnés.
- L'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (N.A.S.) pour fins d'identification seulement (employé seulement).

Une copie de la présente est aussi valide que l'original.

_____ Date _____

Signature de l'employé

VEUILLEZ EXPÉDIER LA FORMULE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIE AU BUREAU DE RÈGLEMENTS DE LA MARITIME DE VOTRE RÉGION.

N.-É. **N.-B.** **I. - P.-É** **T.- N.**	Service des règlements - Assurance collective C.P. 1030 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2X5 (902) 453-4300	**QUÉ.**	Service des règlements - Assurance collective 999 de Maisonneuve ouest Bureau 1200 Montréal (Québec) H3A 3L4 (514) 288-4300	**ONT.**	Service des règlements- Assurance collective 3080, rue Yonge Bureau 3040 Toronto (Ontario) M4N 3P1 (416) 322-4747	**C.-B.** **MAN.** **YUKON** **T. -N.-O**	Service des règlements- Assurance collective 1055, rue Dunsmuir Bureau 1404 C. P. 49284, Vancouver, (Colombie-Britannique) V7X 1L3 (604) 689-1429	**ALB.** **SASK.**	Service des règlements- Assurance collective 450, 1re Rue S.O. Bureau 3410 Calgary (Alberta) T2P 5H1 (403) 750 - 7320