# SUPPLEMENTARY HEALTH EXPENSE

MAIL ALL CLAIM FORMS TO:
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED
7001 Mumford Road, Suite 216, Tower 1
Halifax, Nova Scotia B3L 4N9

BENEFIT PLAN ADMINISTERED BY:
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED

**PLEASE TYPE OR PRINT. INCLUDE ALL INFORMATION INDICATED. USE MORE THAN ONE FORM IF NECESSARY.**

| Company Name | Local No. |
|---|---|
| Member's Name | Identification Number / Date of Birth (Day Mo. Yr.) |
| Member's Address (No. and Street, City, Province, Postal Code) | Telephone No. ( ) |

Have you (or your dependent) any other coverage which would pay a benefit for this claim? ☐ Yes ☐ No

If "Yes", name of Employer and Insurance Co. _____

If claim is for a dependent child please indicate spouse's date of birth Day_____Mo._____Yr._____

Are expenses related
to an accident ☐ Yes ☐ No
W.C.B. case ☐ Yes ☐ No

| | FIRST NAME | SEX | DATE OF BIRTH D | M | Y | DATE EXPENSE INCURRED | DRUGS: NAME OR D.I.N. OTHER: TYPE OF EXPENSE | AMOUNT CHARGED |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MEMBER | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| SPOUSE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| UNMARRIED CHILD | | | | | | Is child employed? ☐ Yes ☐ No Hours per week _____ | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

I certify that the above information is true, correct and complete. I authorize Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited ("BPA") to collect and use personal information about me and/or my eligible dependents to process this claim and administer my benefit plan. I am aware BPA will keep my personal information confidential and safeguarded.

I am aware that BPA will only release personal information to my eligible dependents specific to their benefit entitlements. I understand that my personal information (and the personal information of my eligible dependents) may only be shared with health care practitioners, medical facilities, providers of health care/dental services or benefits administration services, provincial health insurance plans, insurance carriers, government agencies, and auditing or independent investigative organizations in order to verify eligibility for my benefit entitlements.

I understand that my social insurance number will be kept in strictest confidence and will only be used for income tax reporting purposes and to match my information with the correct member file. I consent to the collection, use and disclosure of personal information as stated above.

_____ Member's Signature

_____ Date DD MM YY

***POSSESSION OF THIS CLAIM FORM DOES NOT CONSTITUTE ELIGIBILITY FOR BENEFITS***

# DÉPENSE MÉDICALE SUPPLÉMENTAIRE

POSTER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE À:
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED
7001 Mumford Road, Suite 216, Tower 1
Halifax, Nova Scotia B3L 4N9

RÉGIME DE PRESTATIONS GÉRÉ PAR:
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED

**VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. DONNER TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS. UTILISER PLUS D'UN FORMULAIRE SI NÉCESSAIRE.**

| Nom de la compagnie | | | Nº du local |
|---|---|---|---|
| Nom du membre | | Nº D'identification | Date de naissance<br>Jour Mois Année |
| Adresse du membre<br>Nº et rue Ville Province Code postal | | | Nº de téléphone<br>( ) |

Avez-vous (ou la personne à votre charge a-t-elle) une autre assurance qui pourrait payer pour cette demande de règlement? ☐ Oui ☐ Non

Si «Oui», donner le nom de l'employeur et de la compagnie d'assurance _____

Si la demande est faite pour un enfant à charge, veuillez indiquer la date de naissance du conjoint ou de la conjointe J/M/A _____

Les dépenses sont-elles reliées à un accident ☐ Oui ☐ Non
un dossier de la CAT ☐ Oui ☐ Non

| | PRÉNOM | SEXE | DATE DE NAISSANCE J | M | A | DATE DES FRAIS ENGAGÉS | MÉDICAMENTS : NOM OU DIN AUTRE: GENRE DE FRAIS | MONTANT IMPUTÉ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MEMBRE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| CONJOINT(E) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ENFANT CÉLIBATAIRE | | | | | | L'enfant est-il employé? ☐ Oui ☐ Non Heures par semaine _____ | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. J'autorise Benefit Plan Administrators (Atlantic) Limited («BPA») à recueillir et à utiliser des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mes personnes à charge admissibles aux fins de traitement de cette demande de règlement et d'administration de mon régime de prestations. Je sais que BPA s'engage à respecter le caractère confidentiel de ces renseignements personnels et à les protéger au moyen de mesures de sécurité.

Je sais que seuls les renseignements personnels pertinents à leurs droits de prestations seront communiqués par BPA à mes personnes à charge admissibles. Il est entendu que les renseignements personnels qui me concernent (et ceux qui concernent mes personnes à charge admissibles) ne peuvent être communiqués qu'à des professionnels de la santé, établissements médicaux, fournisseurs de soins de santé/soins dentaires ou fournisseurs de services d'administration des prestations, régimes provinciaux d'assurance-maladie, sociétés d'assurance, organismes gouvernementaux, et organismes de vérification ou d'enquête externes, et ceci aux fins de vérification de l'admissibilité aux prestations.

Il est entendu que mon numéro d'assurance sociale demeurera strictement confidentiel et qu'il sera utilisé seulement aux fins de déclaration d'impôt sur le revenu et pour déterminer si les renseignements qui me concernent correspondent avec le dossier du participant approprié. Je donne mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

_____ _____

Signature du membre Date JJ MM AA

***LE FAIT D'AVOIR CE FORMULAIRE EN SA POSSESSION NE REND PAS UNE PERSONNE AUTOMATIQUEMENT ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS.***