

Demande de règlement – compte de soins de santé

Par courriel : claims.inquiries@peoplecorporation.com
Par la poste : 1403 Kenaston Blvd., Winnipeg (Manitoba) R3P 2T5
Questions : 1 800 875-7982

Utilisez ce formulaire pour demander le remboursement des frais admissibles, jusqu'au maximum autorisé, dans le cadre du compte de gestion santé (CGS) de votre régime d'avantages sociaux collectif. Veuillez remplir le formulaire dans son intégralité et l'envoyer avec les reçus. Si vous souhaitez coordonner les dépenses entre votre régime d'avantages sociaux collectif et votre compte de gestion santé, veuillez joindre ce formulaire à un formulaire de demande de règlement de soins de santé complémentaires ou de soins dentaires dûment rempli. Si vous avez déjà soumis une demande de règlement et que vous souhaitez que la partie non payée soit remboursée, veuillez soumettre ce formulaire avec le relevé des prestations original. Veuillez consulter votre carte d'avantages sociaux pour connaître votre numéro de groupe et votre numéro de certificat.

Renseignements sur les participants au régime

Nom : _____ Date de naissance : _____

Courriel : _____

N° de groupe : _____ N° de certificat : _____

Détails de la demande de règlement

Description des frais	Date d'achat	Montant

J'autorise l'échange de toute information nécessaire à l'administration de cette demande de règlement. Une copie de cette autorisation est aussi valable que l'original. La Corporation People ne fait aucune déclaration ni ne donne aucune garantie concernant les conséquences fiscales ou autres pour toute personne découlant des avantages reçus au titre du compte de gestion santé, et n'est pas responsable de ces conséquences. En versant ou en recevant des prestations au titre de ce régime d'avantages sociaux prestations ou en y participant, toutes ces personnes reconnaissent et acceptent ces conditions. Je confirme qu'il est de ma responsabilité de m'assurer que ces frais ont été soumis pour remboursement à tous les fournisseurs d'avantages sociaux avant de les soumettre pour remboursement dans le cadre de ce régime. Je comprends que seuls les frais admissibles peuvent être remboursés.

Signature du participant au régime

Date