



**SUPPLEMENTARY HEALTH EXPENSE**

MAIL ALL CLAIM FORMS TO:  
BENEFIT PLAN ADMINISTRATORS (ATLANTIC) LIMITED  
38 Solutions Drive, Unit 100  
Ravine Centre Two  
Halifax, Nova Scotia B3S 0H1

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

**PLEASE TYPE OR PRINT. INCLUDE ALL INFORMATION INDICATED AND ATTACH ALL RECEIPTS. 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. (      )		
IS THIS A CHANGE OF ADDRESS FROM YOUR LAST CLAIM SUBMISSION: YES( ) NO ( ). IF YES, PLEASE ADVISE EFFECTIVE DATE OF CHANGE: DD / MM / YY								
Have you (or your dependent) any other coverage which would pay a benefit for this claim? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      Are expenses related to an accident <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No								
If claim is for a dependent child please indicate spouse's date of birth Day _____ Mo. _____ Yr. _____      W.C.B. case <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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  
 38 Solutions Drive, Unit 100  
 Ravine Centre Two  
 Halifax, Nova Scotia B3S 0H1

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						N° du local		
Nom du membre				N° D'identification		Date de naissance		
						Jour    Mois    Année		
Adresse du membre						N° de téléphone		
N° et rue		Ville		Province		Code postal		
						(    )		
Depuis votre dernière demande de règlement, est-ce que ceci est un changement d'adresse? OUI ( ) NON ( ). Si oui, s'il vous plaît, veuillez nous aviser de la date effective du changement d'adresse JJ MM / AA								
Avez-vous (ou la personne à votre charge a-t-elle) une autre assurance qui pourrait payer pour cette demande de règlement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						Les dépenses sont-elles reliées à un accident <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si «Oui», donner le nom de l'employeur et de la compagnie d'assurance _____						un dossier de la CAT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
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 _____								
M E M B R E	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE			DATE DES FRAIS ENGAGÉS	MÉDICAMENTS: NOM OU DIN AUTRE: GENRE DE FRAIS	MONTANT IMPUTÉ
			J	M	A			
C O N J O I N T (E)								
E N F A N T C É L I B A T A I R E						L'enfant est-il employé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.