

Please see back page of this form for addresses.

NATIONAL CLAIM FORM

EMPLOYEE INFORMATION

Identification Number: _____ Policy Number: _____
 Last Name: _____ First Name: _____
 Address: _____
 City: _____ Province: _____ Postal Code: _____
 Daytime Telephone Number: _____ Employer: _____

COORDINATION OF BENEFIT

Are any benefits or services being claimed available to you or your dependents from any other group insurance, WCB or Government Plan? ☐ Yes ☐ No

If Yes, complete the following:

Name of other Insurer: _____ Cardholder Name: _____
 Identification Number: _____ Policy Number: _____
 Effective Date: _____ Term Date: _____

Please indicate (✓) type of coverage:

☐ Hospital ☐ Extended Health ☐ Dental ☐ Eye Wear ☐ Drugs ☐ Travel ☐ All

Name of Person(s) insured under other policy	Spouse / Dependent	Date of Birth		
		Day	Month	Year

If student, provide Name of Institution: _____

School Term: _____

OTHER INFORMATION

Is this claim due to an accident? ☐ Yes ☐ No **(If No, move to "Claim Information")**

If Yes, please complete the following:

- Did the accident happen as a result of an automobile accident? ☐ Yes ☐ No
 - Did the accident happen while you were at work? ☐ Yes ☐ No
 If Yes, has Worker's Compensation been advised? ☐ Yes ☐ No File No.: _____

If Yes to any of the above, please complete the following:

- Date of the accident: _____ Location of the accident: _____
 Brief description of the accident: _____

- Has a claim been made to recover damages from the responsible person(s)? ☐ Yes ☐ No

If Yes, please indicate claim number: _____

If No, do you intend to make a claim against the responsible person(s)? ☐ Yes ☐ No

CLAIM INFORMATION										
Date of Service / Purchase			Type of Expense E.g. Physiotherapy; diabetic supplies; chiropractor; eye wear; prescription drug; etc.	Patient's Name (Indicate Last Name if different from employee)		Relationship to employee S = Spouse C = Child ST = Student	Date of Birth			Amount
day	month	year		First Name	Last Name		day	month	year	
Total										

EMPLOYEE STATEMENT
I certify that I have not claimed and will not claim these expenses under any other insurance plan (unless indicated above), and that all information contained herein is correct. I hereby authorize the release of any information or records requested in respect to this claim to the insurer or its agents and certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge. I certify that the information provided on this form is true and complete and that I have not claimed and will not claim these expenses under any other insurance plan (unless indicated above). I understand that the personal information provided herein, as well as any other personal information currently held or collected in the future by my Blue Cross plan may be collected, used, or disclosed to administer and manage the terms of my plan or the group plan of which I am an eligible member or dependent, to recommend suitable products and services to me*, and to manage my Blue Cross plan's business. For the purposes listed above, limited personal information may be collected from and/or released to a third party. This third party may include another Blue Cross organization, a licensed physician, health care professional or institution, life and health insurer, government and regulatory authorities, the member of any plan under which I am a dependent or another third party. I understand that my personal information will be kept confidential and secure. I understand that I may revoke my consent at any time, however, in some instances doing so may prevent my Blue Cross plan from providing me with the requested coverage or benefits. I understand why my personal information is needed and I am aware of the risks and benefits of consenting or refusing to consent to its disclosure. I authorize my Blue Cross plan to collect, use and disclose my personal information as described above. Signature _____ Date _____ (If under 18 years of age, the signature of the subscriber is required) This consent complies with federal and provincial privacy laws. For additional information regarding your Blue Cross plan's privacy policies, call 1-888-873-9200. *applicable in Atlantic Canada

ADDRESSES*			
Atlantic Canada PO Box 220 644 Main St Moncton NB E1C 8L3	Quebec 550 Sherbrooke West PO Box 3300, Postal Station B Montreal QC H3B 4Y5	Ontario PO Box 2000 185 The West Mall Suite 1200 Etobicoke ON M9C 5P1	Manitoba 100A Polo Park Centre PO Box 1046 Winnipeg MB R3C 2X7
Saskatchewan PO Box 4030 516 2nd Avenue N Saskatoon SK S7K 3T2	Alberta 10009 - 108th St NW Edmonton AB T5J 3C5	British Columbia PO Box 7000 Vancouver BC V6B 4E1	

- * Please ensure all areas are complete. Incomplete information may delay processing.
- * Please attach all original paid-in-full receipts or an EOB from the primary carrier and photocopies of receipts.
- * Prescription drug receipts must indicate: name, strength and quantity of drug, drug identification number (DIN), prescription number (RX) and patient name.
- * Original receipts will not be returned.
- * All receipts should indicate: name of supplier/provider, item/service rendered, provider telephone number.

* Each plan is an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.

Les adresses figurent au bas de la page.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE	
Numéro d'identification : _____	Numéro de police : _____
Nom de famille : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Ville : _____	Province : _____ Code postal : _____
Numéro de téléphone le jour : _____	Employeur : _____

[illegible]

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ	
J'atteste que je n'ai soumis aucune demande d'indemnisation et que je ne soumettrai aucune demande d'indemnisation pour ces frais en vertu de tout autre régime d'assurance (sauf indication contraire ci-dessus), et que tous les renseignements contenus dans la présente sont exacts. J'autorise par la présente la divulgation de renseignements à mon sujet ou de mes dossiers médicaux à l'assureur ou à ses représentants, sur demande de ceux-ci, et j'atteste que les renseignements contenus dans la présente sont véridiques et complets, au meilleur de ma connaissance. Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont vrais et complets et que je n'ai pas demandé ni ne demanderai pas le remboursement de ces dépenses en vertu d'un autre régime (à moins que ce soit indiqué ci-dessus). Je comprends que les renseignements personnels fournis dans la présente ainsi que tout autre renseignement personnel en possession de mon régime de la Croix Bleue ou recueilli par ce dernier dans l'avenir peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués aux fins d'administration des modalités de ma police ou du régime collectif dont je suis un membre admissible ou une personne à charge, afin de me recommander des produits et services appropriés* et d'administrer les affaires de mon régime de la Croix Bleue. Pour les raisons indiquées ci-dessus, certains renseignements personnels peuvent être recueillis ou divulgués à une tierce partie. Ces tierces parties peuvent comprendre les autres organismes de la Croix Bleue, un médecin autorisé, les professionnels ou établissements de santé, les assureurs vie et santé, les organismes gouvernementaux et de réglementation, les membres de tout régime dont je suis une personne à charge ou toute autre partie. Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et sécuritaires. Je comprends que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment. Le cas échéant, je ne pourrai peut-être pas recevoir les garanties demandées dans le cadre de mon régime de la Croix Bleue. Je comprends pourquoi mes renseignements personnels sont nécessaires et je comprends les risques et avantages d'accorder ou non mon consentement à la divulgation de renseignements. J'autorise la Croix Bleue à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est indiqué ci-dessus. Signature _____ Date _____ (Si moins de 18 ans, la signature d'un membre est requise.) Le présent consentement est conforme aux lois fédérales et provinciales en matière de protection de la vie privée. Pour de plus amples renseignements concernant les politiques en matière de protection des renseignements personnels de votre régime de la Croix Bleue, veuillez composer le 1 888 873-9200. *S'applique au Canada atlantique	

ADRESSES*			
Provinces atlantiques C.P. 220 644, rue Main Moncton NB E1C 8L3	Québec 550, rue Sherbrooke ouest C.P. 3300, Succ B Montréal QC H3B 4Y5	Ontario C.P. 2000 185, The West Mall, bureau 1200 Etobicoke ON M9C 5P1	Manitoba 100A, Centre Polo Park C.P. 1046 Winnipeg MB R3C 2X7
Saskatchewan C.P. 4030 516, 2 ^e Avenue nord Saskatoon SK S7K 3T2	Alberta 10009 - 108 ^e rue n-o Edmonton AB T5J 3C5	Colombie-Britannique C.P. 7000 Vancouver BC V6B 4E1	

- * Veuillez remplir toutes les sections, faute de quoi le traitement pourrait être retardé.
- * Veuillez annexer vos reçus originaux du paiement intégral ou l'explication du paiement de l'assureur primaire ainsi que des photocopies des reçus.
- * Les reçus pour médicaments sur ordonnance doivent comprendre les renseignements suivants : le nom du médicament, sa concentration et la quantité prescrite; le numéro d'ordre du médicament (DIN); le numéro d'ordonnance (RX); et le nom du (de la) client(e).
- * Les reçus originaux ne seront pas retournés. Gardez-en une copie pour vos dossiers.
- * Tous les reçus doivent préciser : le nom du fournisseur; le produit / service rendu; et le numéro de téléphone du fournisseur.
- * Pour obtenir une liste des produits ou services assurés, veuillez consulter l'information qui vous a été fournie par votre administrateur des prestations.

*Chaque société Croix Bleue est un titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.