Manulife Financial

Major Medical - Statement of Claim
Member - complete this section. Please print.

BOILERMAKERS' NATIONAL HEALTH AND WELFARE FUND (CANADA)

1. Member's name _____ Date of Birth Day / Mo. / Yr.
2. Address _____ S.I.N. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Street
_____ Postal Code _____
City Province
3. Is this your first claim with Manulife Financial? ☐ Yes ☐ No
4. If you are making a claim for a Dependant, please provide the following information:

First Name of Dependant	Dependant's Date of Birth	Relationship (Spouse/Child)	Is Dependant Working? (Yes or No)	Is Dependant in School? (Yes or No)	If working, provide name of employer If in school, provide name of institution
	/ / Day Mo. Yr.				
	/ / Day Mo. Yr.				
	/ / Day Mo. Yr.				
	/ / Day Mo. Yr.				

5. Are group health benefits payable from any other source? ☐ Yes ☐ No Name Source _____
6. Name and address of prescribing physician(s). _____
7. **All Member** expenses should be listed here. **Attach receipts.**

Receipt Date Day/Mo/Year	Prescription Number or Description of Item	Charge
	Total	

8. All **Dependant** expenses should be listed here. **Attach receipts.**

Receipt Date Day/Mo/Year	Dependant's Name	Prescription Number or Description of Item	Charge
		Total	

I authorize Manulife Financial and/or its authorized representative to collect, use and disclose personal information concerning me and/or my dependant(s) (where applicable) for the purpose of determining eligibility for Manulife Financial products and services; underwriting and administration of coverage; the adjudication and payment of claims and other relevant purposes all of which are described in more detail in Manulife Financial's Privacy Policy and Privacy Information Package, available at www.manulife.ca or by request.

I authorize the use of my Social Insurance Number for identification purposes. I certify that the information in this form is true and complete, to the best of my knowledge. A copy of this authorization shall be as valid as the original.

Signature of Member _____ Date _____

Member — submit completed claim form to: Boilermakers' National Benefit Funds (Canada)
Administration Office
45 McIntosh Drive
Markham, Ontario, L3R 8C7
(905) 946-2530
1-800-668-7547

Financière Manuvie

Frais médicaux supplémentaires - État des sinistres
Membre - remplir cette partie. En lettres moulées s.v.p.

BOILERMAKERS' NATIONAL HEALTH AND WELFARE FUND (CANADA)

1. Nom du membre _____ Date de naissance Jour / Mois / Année ___/___/___

2. Adresse _____ N.A.S. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Rue

_____ Code postal _____
Ville Province

3. Est-ce votre première demande de prestations auprès de la Financière Manuvie? ☐ Oui ☐ Non

4. Si vous faites une demande de prestations pour une personne à charge, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom du membre de la famille	Date de naissance	Relation (Conjoint/Enfant)	Le conjoint ou l'enfant a-t-il un emploi? (Oui ou Non)	L'enfant est-il étudiant? (Oui ou Non)	Si employé, indiquez le nom de l'employeur Si étudiant, indiquez le nom de l'école
	Jour / Mois / Année				
	Jour / Mois / Année				
	Jour / Mois / Année				
	Jour / Mois / Année				

5. Ces frais sont-ils couverts par une autre compagnie ou une autre source? ☐ Oui ☐ Non Laquelle? _____

6. Nom et adresse du médecin traitant _____

7. Tous les frais du **membre** doivent être indiqués ci-dessous. **Annexez tous les reçus.**

Date du reçu Jour/Mois/Année	Numéro d'identification ou Description des frais	Frais
	Total	

8. Tous les frais des **personnes à charge** doivent être indiqués ci-dessous. **Annexez tous les reçus.**

Date du reçu Jour/Mois/Année	Nom de la personne à charge	Numéro d'identification ou Description des frais	Frais
		Total	

J'autorise la Financière Manuvie et ses représentants autorisés à recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels me concernant ou concernant la (les) personne(s) à ma charge (le cas échéant) aux fins suivantes : détermination de l'admissibilité aux produits et services de la Financière Manuvie, sélection des risques, administration des garanties, évaluation et paiement des demandes de règlement ou autres fins pertinentes. Toutes les précisions à ce sujet sont contenues dans la politique sur la confidentialité et la documentation sur les renseignements confidentiels que l'on peut obtenir à l'adresse électronique www.manuvie.ca ou sur demande.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification seulement. J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. Il est entendu qu'une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du membre _____ Date _____

Membre — Remettre le formulaire rempli à : Boilermakers' National Benefit Funds (Canada)
Administration Office
45 McIntosh Drive
Markham (Ontario) L3R 8C7
(905) 946-2530
1 800 668-7547