



EMPLOYÉ

ENVOYEZ LE FORMULAIRE REMPLI À : csr-groupadmin@rwam.com

| | | | |
|---------|------------------|--------------|------|
| Date | Nom de groupe | N° de groupe | Div. |
| Employé | N° de certificat | | |

Lorsque deux régimes de prestations ou plus sont en cause, un seul régime est considéré comme le régime principal. En tant que membre du régime, vos demandes de remboursement doivent d'abord être traitées par le régime RWAM. Tout solde restant peut ensuite être traité par l'autre régime d'assurance.

Coordination des prestations (CDP) - L'ACCAP (Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes) a établi des lignes directrices définissant l'application de la CDP. Divers facteurs déterminent l'ordre dans lequel les demandes de règlement sont payées.

Veillez nous fournir les renseignements suivants afin que la coordination des prestations soit appliquée aux futures demandes de remboursement de l'assurance maladie complémentaire et de l'assurance dentaire.

Conjoint - Est-ce que vous ou votre conjoint bénéficiez d'une couverture collective auprès d'un autre assureur ? (remplissez la section du conjoint et signez ci-dessous)

Enfants - Vos enfants à charge admissibles sont-ils couverts par un autre assureur ? (remplir la section Enfants à charge et signer ci-dessous)

DEMANDES DE PRESTATIONS POUR VOTRE CONJOINT

 Le régime de votre conjoint paie en premier. Votre régime RWAM paie en second lieu.

Est-ce que vous ou votre conjoint avez une assurance collective auprès d'un autre assureur ?

| | | |
|--|-----|-----|
| Assurance maladie complémentaire (AMC) | Oui | Non |
| Dentaire | Oui | Non |

| | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| Si « Oui » | Nom de l'assureur | Couverture par le biais de (Nom) | Date d'entrée en vigueur (aaaa/mm/jj) |
| Si « Non » | Date de résiliation de la couverture | | |
| Détails si la couverture diffère entre l'AMC et l'assurance dentaire | | | |

DEMANDES DE PRESTATIONS POUR ENFANTS À CHARGE

Familles avec des arrangements de garde conjointe ou sans garde : - Le régime du parent biologique dont la date de naissance est la plus ancienne (dans l'année civile) paie en premier.
- Le régime du parent biologique dont la date de naissance est la plus tardive paie en second lieu.

Familles ayant la garde exclusive ou unique : - Le régime du parent biologique ayant la garde de l'enfant à charge paie d'abord.
- Le régime du conjoint (s'il y a lieu) du parent biologique ayant la garde de l'enfant à charge paie en second lieu.
- Le régime du parent biologique qui n'a pas la garde de l'enfant à charge paie le tiers.

Étudiants de niveau postsecondaire (université/collège) : - Les régimes pour étudiants paient avant tout régime où l'étudiant est couvert en tant que personne à charge.

| | |
|---|--|
| Noms des enfants à charge (Prénoms & noms) | |
| Dates de naissance – Mère biologique (aaaa/mm/aa) | Date de naissance – Père biologique (aaaa/mm/jj) |

Type d'arrangement de garde – S'il n'y a pas d'arrangement formel de garde, veuillez indiquer « conjoint » Conjoint Unique

Vos enfants à charge admissibles bénéficiant d'arrangements alternatifs ont-ils une couverture d'assurance collective auprès d'un autre assureur ?

| | | |
|--|-----|-----|
| Assurance maladie complémentaire (AMC) | Oui | Non |
| Dentaire | Oui | Non |

| | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Si « Oui » | Nom de l'assureur | Date d'entrée en vigueur (aaaa/mm/jj) |
| | Couverture par le biais de (Nom) | Rapport avec l'enfant à charge |
| Si « Non » | Date de résiliation de la couverture | |
| Détails si la couverture diffère entre l'AMC et l'assurance | | |

Arrangements alternatifs pour les enfants à charge – Veuillez remplir si d'autres dispositions existent pour un ou plusieurs enfants supplémentaires. Remplir un formulaire supplémentaire si nécessaire

| | |
|--|--|
| Noms des enfants à charge (Prénoms & noms) | |
| Date de naissance – Mère biologique (aaaa/mm/jj) | Date of naissance – Père biologique (aaaa/mm/jj) |

Type d'arrangement de garde – S'il n'y a pas d'arrangement formel de garde, veuillez indiquer « conjoint » Conjoint Unique

Vos enfants à charge admissibles bénéficiant d'arrangements alternatifs ont-ils une couverture d'assurance collective auprès d'un autre assureur ?

| | | |
|--|-----|-----|
| Assurance maladie complémentaire (AMC) | Oui | Non |
| Dentaire | Oui | Non |

| | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Si « Oui » | Nom de l'assureur | Date d'entrée en vigueur (aaaa/mm/jj) |
| | Couverture par le biais de (Nom) | Rapport avec l'enfant à charge |
| Si « Non » | Date de résiliation de la couverture | |
| Détails si la couverture diffère entre l'AMC et l'assurance | | |

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

| | |
|-----------|------|
| Signature | Date |
|-----------|------|