HEALTHCARE EXPENSES STATEMENT

INSTRUCTIONS: Attach the bills and original receipts for all expenses and itemize them by providing all the information requested. Note: Drug bills and receipts, other than those required for government drug plans, are part of our records and will not be returned. Therefore, please retain the itemization of expenses that will accompany our cheque or explanation for Income Tax Purposes.

IMPORTANT: Please answer all questions. **This claim will be returned to you if it is incomplete or contains errors.**

Please Print

PART 1: EMPLOYEE'S STATEMENT				
PLAN NUMBER	PLAN NAME			
EMPLOYEE ID#	EMPLOYEE NAME			
MAILING ADDRESS	**TOWN**	**PROVINCE**	**POSTAL CODE**	**HOME PHONE:** **WORK PHONE:**

COORDINATION OF BENEFITS

Are **you** or **any other member** of your family entitled to benefits under any other plan?

☐ Yes ☐ No

If "Yes", Name of Other Insurance Company : _____

Other Coverage: Dental ☐ Health ☐ Vision ☐

Spouse's Policy Number: _____

Is any member of your family (other than yourself) insured as an employee under this plan?

Yes ☐ No ☐

If "Yes" to either question above, and the patient is a dependent child, please provide spouse's Date of birth _____/_____.
Day Month

SEND THIS CLAIM TO:

ECLIPSE FINANCIAL

Eclipse Financial
c/o TPA Services
876 Riverside Drive
Timmins, ON P4N 3W2

DEPENDENT INFORMATION					If child over 18 years	
Patient Name	***Relationship To Employee***	***Birthdate***			***Full Time Student***	***Name of School/College/University***
		Yr	***Mo***	***Day***	***Yes ___ No ___***	
					Yes ___ No ___	
					Yes ___ No ___	
					Yes ___ No ___	
					Yes ___ No ___	

CLAIM DETAILS	**DRUG EXPENSES**		**OTHER EXPENSES**		
Patient Name	Number of Receipts	Total Charge	Type of Expense	Nature of Illness	Total Charge

Personal information collected will be used for the purposes of assessing your claim and administering the group benefits plan. I authorize Eclipse Financial, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations or service providers working with Eclipse Financial to exchange personal information when necessary for these purposes. I authorize the use of my Social Insurance Number for tax reporting purposes and as an identification number where it is required in the administration of the plan. I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge. A copy of this authorization shall be as valid as the original.

SIGNATURE OF EMPLOYEE _____ DATE _____

(FRANÇAIS AU VERSO)

RELEVÉ DES FRAIS MÉDICAUX

DIRECTIVES : Il est important de donner tous les détails des frais et d'annexer les factures et les reçus.
Remarque : Les factures et les reçus de médicaments, autre que ceux exigés en vertu des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de l'impôt sur le revenu, le détail du règlement accompagnant notre chèque.

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. **La présente demande sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets.**

En caractères d'imprimerie s.v.p.

PARTIE 1 : DÉCLARATION DU SALARIÉ				
# DU RÉGIME	NOM DU RÉGIME			
# D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ	NOM DU SALARIÉ			
ADDRESS POSTAL	**VILLE**	**PROVINCE**	**CODE POSTAL**	**# DOMICILE :** **# BUREAU :**

COORDINATION DES PRESTATIONS

Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une Autre source? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Nom de l'autre assureur : _____

du régime: _____

Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-mêmes) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime? Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquer la date de naissance du conjoint _____/_____.
Jour Mois

ENVOYER LA PRÉSENTE DEMANDE À:

ECLIPSE FINANCIAL

Eclipse Financial
c/o TPA Services
876 Riverside Drive
Timmins, ON P4N 3W2

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGES enfant de plus de 18 ans

Nom du patient	***Lien de parenté avec le salarié***	***Date de naissance***			***Étudient***	***Nom de l'école***
		Année	***Mois***	***Jour***	Oui ___ Non ___	
					Oui ___ Non ___	
					Oui ___ Non ___	
					Oui ___ Non ___	
					Oui ___ Non ___	

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

	DRUG EXPENSES		**OTHER EXPENSES**		
Nom du patient	Nombre de reçus	Total des frais	Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

(SI VOUS AVEZ BESOIN DE PLUS D'ESPACE, ANNEXEZ UNE FEUILLE SÉPARÉE)

Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise Eclipse Financial, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec Eclipse Financial à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, aux fins précitées. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

SIGNATURE DU SALARIÉ _____ DATE _____

(ENGLISH ON REVERSE SIDE)