

C.A.W. LOCAL 2002 HEALTH & WELFARE TRUST FUND

STATEMENT OF COVERED EXPENSES FOR HEALTH SPENDING ACCOUNT BENEFITS

(ONLY EXPENSES INCURRED IN THE LAST 3 MONTHS OF 2005 AND DURING 2006 ARE ELIGIBLE)
 (CLAIMS MUST BE SUBMITTED NO LATER THAN DECEMBER 31, 2006)
 (MAXIMUM CREDITS (AMOUNT) IS \$180 FOR FULL-TIME AND \$90 FOR PART-TIME)

TO BE COMPLETED BY MEMBER:

Staple original itemized receipts for each expense claimed. Return claim to your Plan Administrator.

MEMBER'S NAME	EMPLOYEE NO.	DATE OF BIRTH Day Month Year	SEX
MEMBER'S ADDRESS NO. AND STREET		CITY	PROVINCE
			POSTAL CODE

Please indicate your current status: Full-time Part-time
 Are health benefits payable from another group plan? Yes No
 If 'yes': Attach a copy of Statement of Benefit Payment issued by the insurance company
 If claim is for a child and over the age of 18 please provide a copy of current school year registration form
 If claim is for a 'parent' please provide a copy of your most recent Income Tax Form

	FIRST NAME	SEX	BIRTHDATE D M Y	DATE EXPENSE INCURRED	DRUGS: NAME OR D.I.N. OTHER: TYPE OF EXPENSE	AMOUNT CHARGED

Canadian Benefits Consulting Group Limited

Canadian Benefits Consulting Group Limited is committed to protecting the privacy, confidentiality, accuracy and security of the personal information that it collects, uses, retains and discloses in the course of conducting business.

I certify that the information contained herein is true, complete and accurate and that each of the listed expenses was purchased and/or incurred in connection with medical treatment of the above named individuals. I acknowledge that the submission of false or incomplete information may result in the delay or denial of this claim. I authorize any physician, dentist or any health care provider and/or facility, any insurance company, benefit service provider and any other person or organization having any medical or other relevant personal information regarding me or my spouse and/or dependant to release to and exchange with the Plan Sponsor, Canadian Benefits or their representatives and/or agents any and all information necessary to investigate and confirm the accuracy and validity of this claim. I confirm that I am authorized to act on behalf of my spouse and/or dependants for such purposes. I authorize the use of my identification number and administration of any benefits and understand that the provision of my identification for such purposes is optional and not a condition of service and that I have the option of refusing or withdrawing my authorization. Any copy of this authorization shall be valid as the original.

DATE: _____ MONTH _____ YEAR _____

MEMBER'S SIGNATURE: _____

Administrator:



(Please submit claims to:)

2300 Yonge Street , Suite 3000, Toronto, Ontario M4P 1E4
 (416) 488-7755 1-800-268-0285



FIDUCIE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA SECTION LOCALE 2002 DES TCA

RELEVÉ DES DÉPENSES COUVERTES - COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ

(SEULES SONT ADMISSIBLES LES DÉPENSES ENCOURUES DURANT LE DERNIER TRIMESTRE DE 2005 ET DURANT L'ANNÉE 2006)
 (LA DATE LIMITE DE SOUMISSION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT EST LE 31 DÉCEMBRE 2006)
 (MONTANT MAXIMUM DES CRÉDITS DISPONIBLES : 180 \$ POUR PLEIN TEMPS - 90 \$ POUR TEMPS PARTIEL)

FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MEMBRE :

Agrafer au formulaire les originaux des reçus pour chaque dépense dont le remboursement est demandé. Remettre ces documents à l'administrateur du programme.

NOM DU MEMBRE	EMPLOYÉ N°	DATE DE NAISSANCE Jour Mois Année	SEXE
ADRESSE DU MEMBRE NUMÉRO ET RUE		VILLE	PROVINCE
			CODE POSTAL

Veuillez indiquer votre statut d'emploi actuel : Plein temps Temps partiel

Recevez-vous des prestations d'un autre programme collectif? Oui Non

Si oui, joindre une copie du relevé de paiement émis par la compagnie d'assurance.

Lorsqu'une dépense concerne un enfant âgé de plus de 18 ans, joindre une copie du formulaire d'inscription dans un établissement scolaire (pour l'année en cours)

Lorsqu'une demande de remboursement concerne un parent, joindre une copie du plus récent formulaire d'impôts sur le revenu.

	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	DATE DE LA DÉPENSE	NOM OU CODE DIN DU MÉDICAMENT OU AUTRE TYPE DE DÉPENSE	MONTANT FACTURÉ
			J M A			

Canadian Benefits Consulting Group Limited

Canadian Benefits Consulting Group Limited s'engage à protéger la confidentialité, l'exactitude et la sûreté de toute information personnelle recueillie, utilisée/divulguée dans le cadre de ses activités.

Je certifie par la présente que l'information fournie sur ce formulaire est véridique, complète et exacte, et que chaque dépense de la liste a été encourue pour un traitement médical de la personne identifiée ci-dessus. J'ai été informé que la soumission d'informations inexactes ou incomplètes peut susciter un retard de traitement ou le refus d'un paiement. J'autorise toute personne physique ou morale (médecin, dentiste ou autre prestataire de soins et/ou établissement prestataire de services ou compagnie d'assurance ou autre organisation) en possession d'informations médicales ou autres informations personnelles pertinentes à l'égard de moi-même ou de mon conjoint et/ou de mes personnes à charge à divulguer ou échanger avec le commanditaire du programme Canadian Benefits ou leur représentant et/ou mandataire toute information nécessaire pour la vérification et la confirmation de la validité de cette demande de remboursement. Je confirme que je suis autorisé à agir à ces fins au nom de mon conjoint et/ou de mes personnes à charge. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification et l'administration de toute prestation; je suis informé que la fourniture de mon information d'identification et la divulgation à cette fin sont facultatives et ne constituent pas une condition de fourniture des services, et que je suis en droit de ne pas accorder mon autorisation ou de résilier celle-ci. Toute copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

DATE : ____ MOIS ____ ANNÉE ____ SIGNATURE DU MEMBRE : _____

Administrateur :



(Transmettre la demande de remboursement à :)

2300 Yonge Street, Suite 3000, Toronto, Ontario M4P 1E4
 (416) 488-7755 1-800-268-0285

