



## DEMANDE DE COMPTE MIEUX-ÊTRE

**Vous devez utiliser le présent formulaire pour demander le remboursement de frais admissibles, jusqu'à concurrence du maximum accordé aux termes du Compte mieux-être (CME) de votre régime. Si le formulaire n'est pas rempli en entier, il vous sera retourné sans remboursement.**

Les dépenses admissibles au titre de votre régime se trouvent dans votre livret d'employé et en ligne sur mes-avantages.ca.

Veillez annexer un reçu pour chaque dépense réclamée et veiller à ce que chacun d'eux reflète clairement chaque dépense réclamée.

### Renseignements sur l'employé

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Numéros d'entreprise/de division \_\_\_\_\_

Nom de l'employé (au complet) \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

Type de dépense au titre du CME

_____	Montant du remboursement	_____	\$
_____		_____	\$
_____		_____	\$
_____		_____	\$
_____		_____	\$
_____		_____	\$
	<b>Total</b>	_____	\$

### Autorisation

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié. Je comprends qu'il s'agit d'un avantage imposable et que les dépenses réclamées sont assujetties à l'impôt sur le revenu, comme l'exige l'Agence du revenu du Canada. En outre, je comprends que les demandes de règlement soumises dans mon Compte mieux-être font l'objet d'un examen par mon promoteur de régime, qui est autorisé à accéder à la liste détaillée de ces demandes de règlement aux fins des impôts prélevés sur la paie et des retenues, de la production des feuillets d'impôt et d'autres déclarations administratives ayant trait à la gestion du régime.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Faites parvenir le présent formulaire accompagné des reçus pour chaque dépense réclamée, à :**

**Avantage Maximum**  
**1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4**

**Tous les renseignements contenus dans le présent formulaire sont confidentiels.**