

Date :

GREAT WEST LIFE
BUREAU DE GESTION
MISSISSAUGA ON
Transmission par télécopieur :
Télé : #. 1 (866) 624-3612

Objet: AIR CANADA
Régime collectif
cas d'invalidité
No : 51208
Nom du salarié et numéro

PREMIÈRE DEMANDE DE RÉVISION selon l'Article 2.01 et als
Pub 711 chpt.6 04-07-30

À qui de droit:

La présente est pour vous aviser que je demande la révision de la décision de refus des prestations (lettre de refus datée _____). Je ne suis pas satisfait(e) avec votre évaluation.

1- J'ai d'autres attestations médicales à l'appui

2- Je n'ai pas d'autres attestations médicales à présenter

Veillez envoyer toute correspondance future à l'adresse suivante :

Nom : _____

Adresse : _____

Je vous demanderais qu'une décision soit rendue dans la matière ci-haut mentionnée dans un délai de trente (30) jours suivant la réception de mon appel, et si il n'y a pas de réponse, je considérerai que mon appel a été refusé et je saurai agir en conséquence.

Bien à vous.