

LIUNA LOCAL 527 MEMBERS' LEGAL SERVICES PLAN

Inquiries: (613) 521-6565

Email address: legalbenefits@liunalocal527.com

Member's Name: _____ Member No. _____

Address _____

Telephone No. (____) _____ Email _____

Claim for: Member Dependent

If claim for dependent: Name: _____

Relationship: _____ Date of Birth: _____

Month Day Year

Description of Legal Services provided:

Date of Service _____

Matter is continuing completed Fees Billed & paid \$ _____
(excluding Disbursements & Taxes)

Note: An Itemized Statement from your Lawyer or Law Firm setting out the dates and services provided and proof of payment along with the required documents must accompany this form.

I acknowledge having the described Legal services provided by the Law Firm mentioned above and hereby waive Solicitor Client privilege in respect to documentation required to be released for the verification and processing of this claim.

Plan Member's Signature _____ Date: _____

Month Day Year

Mail Claim to:

**LIUNA Local 527 Legal Services Benefit Plan
6 Corvus Court
Ottawa, Ontario
K2E 7Z4**

UIJAN SECTION LOCALE 527
RÉGIME DE PRESTATIONS POUR SERVICES JURIDIQUES AUX MEMBRES

Renseignements: (613) 521-6565
Courriel : legalbenefits@liunalocal527.com

Nom du Membre: _____ N° du Membre : _____

Adresse: _____

N° de Téléphone: (____) _____ Courriel: _____

Réclamation de: Membre Personne à charge

S'il s'agit d'une réclamation d'une personne à charge : Nom : _____

Lien de parenté: _____ Date de naissance: _____

Mois Jour Année

Description des services juridiques fournis :

Date des services: _____

Dossier non clos Frais complets facturés & payés \$ _____
(dépenses & taxes non incluses)

Note: Un relevé détaillé de votre avocat ou du cabinet d'avocat démontrant les dates des services fournis et la preuve de paiement avec des documents nécessaire doit accompagner ce formulaire.

Je certifie que j'ai reçu les services juridiques décrits fournis par le cabinet d'avocat mentionné ci-haut et, par la présente, renonce au privilège d'avocat-client pour ce qui est de la divulgation des documents requis afin de vérifier et de traiter cette demande de réclamation.

Signature du Membre du Régime _____ Date: _____

Mois Jour Année

Poster la demande de réclamation à:

UIJAN Section Locale 527
Régime de prestations pour services juridiques aux membres
6 Corvus Court
Ottawa, Ontario
K2E 7Z4