

Adresse : **Syndicat des Métallos, Section locale 8922**
1535, boul. Hamelin
Trois-Rivières (Québec) G8Y 3G7

Téléphone : 514 522-8922 / 1-800-361-2914

Nom du titulaire du contrat : **Syndicat des Métallos, Section locale 8922**
Nom de l'employé : _____ **Prénom :** _____

N° de police : 23536 **N° de compte :** 001 **N° de certificat (salarié) :** _____
AAAA-MM-JJ
Date de naissance : _____ **Sexe :** ☐ M ☐ F **N° assurance sociale (facultatif) :** _____

Agence de sécurité : _____

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ
COORDINATION DES PRESTATIONS

En vertu de la clause de coordination des prestations de votre régime, si votre conjoint(e) participe à un programme de remboursement des frais médicaux, les frais engagés par votre conjoint(e) doivent d'abord être soumis à son assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde.

Les frais engagés par les enfants à charge assurés doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Votre conjoint(e), s'il y a lieu, est-il (elle) couvert(e) par un autre contrat d'assurance collective? ☐ Non ☐ Oui, précisez:

Nom de la compagnie d'assurance : _____ **N° de police :** _____ **Protection :** ☐ Individuelle ☐ Familiale
AAAA-MM-JJ

Nom du (de la) conjoint(e) : _____ **Date de naissance :** _____

INSTRUCTION

Joindre l'original de vos reçus et en conserver une copie pour usage fiscal et coordination des prestations. Les reçus ne sont pas retournés et ils seront détruits 60 jours après leur réception.

TRANSPORT EN AMBULANCE (Joindre le reçu du service de transport ambulancier.)

Raison du transport ambulancier (si à la suite d'un accident, remplir le rapport ci-après) : _____

Lieu de la prise en charge : ☐ Maison ☐ Travail ☐ Autre, préciser : _____

FRAIS MÉDICAUX (Joindre les originaux des factures ou des reçus détaillés)

☐ Médicaments ☐ Hospitalisation ☐ Ambulance ☐ Soins paramédicaux ☐ Frais optiques ☐ Chaussures orthopédiques ☐ Autres frais

EMPLOYÉ	CONJOINT	ENFANT	SEXE M F	ÉTUDIANT (18 ans et plus) Oui Non	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	ENFANT 18 ANS ET PLUS (nom de l'établissement scolaire fréquenté ou de l'employeur)	MONTANT TOTAL
☐	☐	☐	☐ ☐	☐ ☐				\$
☐	☐	☐	☐ ☐	☐ ☐				\$
☐	☐	☐	☐ ☐	☐ ☐				\$
☐	☐	☐	☐ ☐	☐ ☐				\$
TOTAL								\$

S'agit-il de frais engagés à la suite d'un accident? ☐ Oui ☐ Non

Nature de l'accident : ☐ Travail ☐ Véhicule motorisé ☐ Victime d'acte criminel ☐ Autre : _____
AAAA-MM-JJ

Date de l'accident : _____ Lieu de l'accident : _____

Je certifie par les présentes que tous les renseignements fournis sont exacts et complets, au meilleur de ma connaissance, et que toutes les dépenses ont été engagées par moi-même ou par mes personnes à charge pour l'usage exclusif de la personne mentionnée. J'autorise également la communication de tous renseignements demandés relativement à la présente demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. (« iA Groupe financier ») et j'autorise « Burrowes, courtiers d'assurances » à procéder au paiement de mes réclamations pour les frais médicaux.

AAAA-MM-JJ

Signature de l'employé : _____ Date : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

App : _____ Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME (À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT)

Employé Date d'adhésion : _____ N° de catégorie : _____
AAAA-MM-JJ

Signataire autorisé : _____ Date : _____