

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

**Téléphone :** (514) 523-2060 / 1-800-361-2914

Nom du titulaire du contrat : **Syndicat des Métallios, Section locale 8922**

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de police : 23536 N° de compte : 001 N° de certificat (salarié) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ Sexe : M F N° assurance sociale (facultatif) : \_\_\_\_\_

Agence de sécurité : \_\_\_\_\_

Détenez-vous une carte RAMQ valide? :  Oui  Non

**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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				\$
S'agit-il de frais engagés à la suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							TOTAL	\$

Nature de l'accident :  Travail  Véhicule motorisé  Victime d'acte criminel  Autre : \_\_\_\_\_

Date de l'accident : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ 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 : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ N° de catégorie : \_\_\_\_\_

Signataire autorisé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ