

**RÉCLAMATION
FRAIS MÉDICAUX**

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 : **UNTEL**

Prénom : **HENRI**

N° de police : **23536**

N° de compte : **001**

N° de certificat (salarié) :

MEMBRE (6 chiffres)

Date de naissance : **À remplir**

Sexe : ☐ M ☐ F

N° assurance sociale (facultatif) :

Agence de sécurité :

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ
COORDINATION DES PRESTATIONS

Section à remplir si votre conjointe / conjoint a aussi sa propre assurance-collective

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

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
☐	☐	☐	☐ ☐	☐ ☐	HENRI	A REMPLIR	Montant total de chaque personne	346,24 \$
☐	☐	☐	☐ ☐	☐ ☐	LISE			223,50 \$
☐	☐	☐	☐ ☐	☐ ☐				\$
☐	☐	☐	☐ ☐	☐ ☐				\$
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 :								
Date de l'accident : Lieu de l'accident :								
Montant total de la famille TOTAL								\$ 569,74 \$

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

Montant total de la famille

TOTAL

\$ 569,74

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

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.

Signature de l'employé : **À remplir au complet**

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 :

Signataire autorisé :

Date :