

DEMANDE D'INDEMENTÉ DE FRAIS MÉDICAUX

| PARTICIPANT – Remplir cette partie (en caractères d'imprimerie SVP) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom du Plan | | No. Du Régime | | Numéro D'Identification | | | | | | | | | | | |
| | | | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du participant : | | | | Date de naissance | | | | | | | | | | | |
| | | | | Jour Mois Année | | | | | | | | | | | |
| Adresse du participant | | Ville | | Province | Code postal | | | | | | | | | | |
| 1. Si vous présentez une demande de règlement pour une personne à charge, veuillez fournir les renseignements suivants : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom | Date de naissance Jour /Mois /Année | Lien de parenté Conjoint/Enfant | La personne à charge travaille-t-elle? (oui ou non) | La personne à charge est-elle étudiante? (oui ou non) | Si la personne à charge travaille, indiquez le nom de l'employeur. Si elle est étudiante, indiquez le nom de l'établissement d'enseignement. | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Les soins sont-ils couverts par une autre assurance? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Les soins sont-ils attribuables à une maladie ou à une blessure résultant de l'emploi du salarié ou de la personne à charge? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dans l'affirmative, veuillez donner la date et une description _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Une demande d'indemnisation des accidents du travail a-t-elle été présentée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Nom et adresse du (des) médecin(s) traitant(s) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Est-ce que les frais reliés à cette demande sont le résultat d'un accident? | | | | | | | | | | | | | | | |
| LES ORIGINAUX DES REÇUS DOIVENT ÊTRE ANNEXÉS AU FORMULAIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Montant total des frais dont le règlement est demandé : _____ \$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. Il est entendu que l'administrateur du régime ne se servira de ces renseignements que pour le traitement de ma demande de règlement. Par la présente, j'autorise l'administrateur du régime à étudier ma demande et à divulguer des renseignements (y compris médicaux) sur ma personne à des tiers concernés, à la seule fin de cette étude et uniquement dans la mesure où c'est nécessaire. J'autorise également mon syndicat, mon médecin ou tout autre spécialiste de la santé, tout établissement médical, toute compagnie d'assurance ou tout organisme gouvernemental, et toute autre personne ou institution à communiquer des renseignements pertinents à l'administrateur du régime à la seule fin du traitement de cette demande. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature du participant | | Date | | Numéro de téléphone | | | | | | | | | | | |
| Participant – veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et les originaux des reçus à : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manion, Wilkins & Associates Ltd 626-21 Four Seasons Place, Etobicoke (Ontario) M9B 0A6 Téléphone: (416) 234-3511 Sans frais : 1 866 532-8999 | | | | | | | | | | | | | | | |