



**DEMANDE D'INDEMNITÉ DE FRAIS MÉDICAUX**

**Membre -** Veuillez remplir cette section en écrivant en lettres moulées.

1. Employeur \_\_\_\_\_

2. Nom du membre \_\_\_\_\_ Date de naissance Jour Mois Année  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Adresse \_\_\_\_\_ Matricule 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rue

\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Est-ce que c'est un changement d'adresse ?  Oui  Non

Téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

4. S'il s'agit d'une indemnité pour une personne à charge, veuillez répondre aux questions suivantes :

Nom	Date de naissance			Lien (conjoint/enfant)	Travailleur? (Oui ou non)	Etudiant? (Oui ou non)	Travailleur : indiquer le nom de l'employeur Étudiant : indiquer le nom de l'établissement
	Jour	Mois	Année				
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

5. Les frais sont-ils couverts par un autre régime collectif?  Oui  Non

Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

6. Certaines des dépenses mentionnées résultent-elles d'un accident ou d'une maladie de travail du membre ou de la personne à charge?

Le cas échéant, inscrire les détails et la date de l'accident \_\_\_\_\_

Les dépenses mentionnées sont-elles couvertes par la CSST ?  Oui  Non

7. Nom et adresse du médecin traitant \_\_\_\_\_

**JOINDRE VOS ORIGINAUX À CE FORMULAIRE**

8. Montant total de l'indemnité

\$ \_\_\_\_\_

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis précédemment sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets et que les documents joints au présent formulaire sont des reçus émis pour les traitements médicaux dispensés aux personnes dont le nom apparaît ci-dessus. Je consens à ce que l'administrateur de régime utilise les renseignements que je fournirai dans ma réclamation uniquement à des fins de traitement de ma demande. Par la présente, j'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale et de gestion de mes prestations. J'autorise également l'administrateur de régime à évaluer ma réclamation ou à instruire un sinistre et, niquement à ces fins et dans la mesure nécessaire pour s'en acquitter, à divulguer mes renseignements personnels (y compris des renseignements sur mon état de santé) à des tiers dûment qualifiés. En vertu de la présente et uniquement dans la mesure nécessaire au traitement de cette réclamation, j'autorise mon employeur ainsi que tout médecin ou autre professionnel de la santé titulaire d'un permis, tout établissement médical, toute société d'assurance ou tout organisme gouvernemental, toute autre personne ou institution à communiquer les renseignements pertinents à l'administrateur de régime. Je reconnais qu'une photocopie de la présente déclaration est aussi valide que l'original.

Signature du membre \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<p><b>Membre - soumettre le formulaire dûment rempli et les reçus originaux à :</b></p> <p><b>Manion, Wilkins &amp; Associates Ltd.</b>                  626 - 21 Four Seasons Place                  Toronto, Ontario                  M9B 0A6</p>	<p align="center"><b>Réservé à l'administrateur du régime seulement</b></p> <p align="center"><b>Ne rien inscrire dans cette section</b></p> <p align="center">RÉGIME NO. _____</p> <p align="right"></p>
---	---