

## DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR ASSURANCE - MALADIE ET VOYAGE

Veillez lire les instructions suivantes attentivement avant de compléter le présent formulaire :

- Veuillez écrire en lettres moulées et répondre à TOUTES les questions. **Tous les renseignements inscrits sur ce formulaire sont confidentiels.**
- Joindre des reçus détaillés de tous les services reçus ainsi qu'une copie de l'avis de paiement de votre régime d'assurance-maladie provincial.
- Garder une copie de la présente demande pour votre comptabilité.

**Régime d'assurance collective des Chambres de commerce, 582, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0P1  
Téléphone 1-800-294-4080, Télécopieur (204) 774-6698 ou 1-800-457-8410**

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Prénom(s) de l'employé \_\_\_\_\_

Adresse postale complète de l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance (J/M/A) \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance (J/M/A) \_\_\_\_\_

**Départ de la province de résidence (J/M/A) \_\_\_\_\_ Retour initialement prévu (J/M/A) \_\_\_\_\_ Premier traitement (J/M/A) \_\_\_\_\_**

Êtes-vous ou vos personnes à charge assuré en vertu d'un autre régime d'assurance?  Oui  Non Si "OUI," préciser ce qui suit :

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

Numéro de police ou de contrat \_\_\_\_\_ Nom de l'assuré \_\_\_\_\_

**Cette demande est le résultat  d'une maladie soudaine (procédez à la prochaine section)  d'un accident (complétez cette section)**

Nature de l'accident \_\_\_\_\_ Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

Date de l'accident \_\_\_\_\_ Nom et adresse de l'avocat qui vous représentera relativement à l'accident \_\_\_\_\_

Détails de l'accident \_\_\_\_\_

Pourquoi avez-vous nécessité des soins médicaux? Quelle était la nature de la maladie ou de la blessure?

Médecin traitant \_\_\_\_\_ Avez-vous été hospitalisé  Non  Oui

Nom \_\_\_\_\_ Si "NON," qui a fourni les soins? \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Adresse du médecin familial au domicile \_\_\_\_\_ Si "OUI," où avez-vous été hospitalisé? \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

### ■ ■ ■ DÉCLARATION DES FRAIS ENCOURUS (Attacher les reçus)

	Nom de l'organisme sur la facture	Date du service	Montant/Monnaie
Hôpital	_____	_____	_____
Services d'ambulance	_____	_____	_____
Médicaments sur ordonnance	_____	_____	_____
Autres	_____	_____	_____
Total	_____	_____	_____

#### TOUTES LES FACTURES ÉCRITES DANS UNE LANGUE AUTRE QUE LE FRANÇAIS OU L'ANGLAIS DOIVENT ÊTRE ACCOMPAGNÉES D'UNE TRADUCTION.

Je déclare, par la présente, que les renseignements qui précèdent sur cette demande sont véridiques et complets et qu'ils seront assujettis aux dispositions de la police d'assurance. J'autorise, par la présente, tout médecin, hôpital, dentiste, compagnie d'assurance ou organisme de fournir tous renseignements relatifs à mes antécédents médicaux, au traitement, à l'invalidité ou aux prestations remboursables en vertu de cette demande de règlement au Régime d'assurance collective des Chambres de commerce ou à l'assureur Desjardins Sécurité financière. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'originale.

Je comprend que les frais indiqués sur ce formulaire peuvent ne pas être remboursables ou ne l'être qu'en partie. Je reconnais donc que je suis financièrement responsable pour le coût total des services reçus et que la présente ne constitue qu'une demande de règlement des frais admissibles.

Date \_\_\_\_\_ N° de téléphone au domicile \_\_\_\_\_ N° de téléphone au bureau \_\_\_\_\_

Signature de l'employé ou de son mandataire \_\_\_\_\_

**LE RÉGIME NE REMBOURSE PAS LES FRAIS DE TRADUCTION OU LES HONORAIRES QUE POURRAIT ÊTRE EXIGÉS POUR COMPLÉTER CE FORMULAIRE.**