

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

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec et provinces de l'Atlantique
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5
Tél. : 1 877 422-6487 (sans frais)

DEMANDE DE RÈGLEMENT FRAIS MÉDICAUX

Nom du titulaire de la police _____

N° de police

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

 N° de certificat

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

Nom du participant _____ Prénom _____

Changement d'adresse (À remplir si changement.) _____

_____ Code postal _____ N° de Téléphone () _____

FRAIS MÉDICAUX

Instructions : Veuillez joindre l'original de vos comptes acquittés tous les 3 mois et conserver une copie de ceux-ci puisqu'ils ne vous seront pas retournés.

Je déclare que tous les frais annexés ont été engagés pour :

Moi-même Mon conjoint Mes enfants à charge (Remplir tableau ci-dessous.)

Enfants à charge (Si étudiant, remplir section « ÉTUDIANT ».)	Date de naissance		
	A	M	J
Prénoms _____			

Les frais sont-ils couverts par une autre assurance? Non Oui, remplir section « AUTRE ASSURANCE ».

Les frais sont-ils consécutifs à un accident de travail? Non Oui

Les frais sont-ils consécutifs à un accident d'automobile? Non Oui

ÉTUDIANT (À remplir si enfant à charge est étudiant à temps plein.)

Je déclare que mon enfant _____, né le

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

 est célibataire,
prénom de l'enfant

fréquente l'école secondaire, le collège ou l'université _____ à titre d'étudiant à
nom de l'institution

temps plein pour l'année scolaire _____ et qu'il suit des cours en _____
années

AUTRE ASSURANCE (À remplir en cas de coordination des prestations.)

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

Nom du détenteur Date de naissance Nom de l'autre compagnie

Protection : Familiale Individuelle Monoparentale Couple

AUTORISATION DU PARTICIPANT

J'autorise les organismes ou les professionnels de la santé concernés à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers, les renseignements relatifs à la présente demande de prestations.

Signature du participant **X** _____ Date _____