

VEUILLEZ CORRIGER OU COMPLÉTER ADÉQUATEMENT VOTRE ADRESSE

NOM _____
ADRESSE _____
_____ CODE POSTAL _____

NOM DE L'ADHÉRENT

N° DE CONTRAT

N° DE SECTION

N° D'IDENTIFICATION

* VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET Y JOINDRE LES ORIGINAUX DE VOS FACTURES ET REÇUS DÉTAILLÉS. **CES DOCUMENTS NE VOUS SERONT PAS RETOURNÉS, VEUILLEZ DONC EN CONSERVER DES COPIES POUR FINS DE VÉRIFICATION.**

* VEUILLEZ SOUMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT DANS LES DOUZE (12) MOIS DE LA DATE À LAQUELLE LES FRAIS ONT ÉTÉ ENGAGÉS (SAUF SI UN AVIS CONTRAIRE EST STIPULÉ AU CONTRAT).

LES FRAIS ONT-ILS ÉTÉ ENGAGÉS À LA SUITE D'UN ACCIDENT ? OUI NON SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER :
DATE : _____ LIEU : _____
CIRCONSTANCES: _____

LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS COUVERTS PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE ? OUI NON
VOTRE CONJOINT DÉTIENT-IL UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE ? OUI NON

SI OUI _____
N° DE CONTRAT _____ NOM DE L'ASSUREUR _____

N.B. : LE CONJOINT QUI EST COUVERT PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE DOIT PRÉSENTER SA RÉCLAMATION À CET ASSUREUR EN PREMIER. FOURNIR ENSUITE À LA CROIX BLEUE ASSURANCE COLLECTIVE LE RELEVÉ DE PAIEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE COPIE DES REÇUS SOUMIS À SON ASSUREUR. LES DEMANDES DE RÈGLEMENT RELATIVES AUX ENFANTS DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉES À L'ASSUREUR DU PARENT (PÈRE OU MÈRE) DONT L'ANNIVERSAIRE DE NAISSANCE ARRIVE EN PREMIER DANS L'ANNÉE CIVILE.

COMPTE DE REMBOURSEMENT POUR SOINS DE LA SANTÉ (veuillez remplir ce qui suit si vous voulez utiliser votre Compte de remboursement pour soins de la santé)

Veillez rembourser toute portion non payée ou non admissible de la présente Demande de règlement d'assurance santé et/ou d'assurance soins dentaires par l'intermédiaire de mon Compte de remboursement pour soins de la santé

J'atteste par la présente que les dépenses soumises ont été engagées par suite d'une maladie ou d'un accident et que mes déclarations sont complètes et véridiques.

Je comprends que s'il devait avoir des conséquences fiscales à la suite du remboursement de ces dépenses, je suis responsable de m'acquitter du paiement de la somme demandée. Si le règlement est demandé pour une personne à charge non assurée en vertu de ma police de protection des soins de santé et des soins dentaires, je, le (la) soussigné(e), atteste que cette personne à charge est admissible en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada tant que personne à charge.

J'autorise la Croix Bleue à recueillir et utiliser tous les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande et aux fins d'administration du régime.

J'autorise toute personne ou toute organisation, y compris les fournisseurs de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale détenant des renseignements pertinents ayant trait à la présente demande, à divulguer et à échanger les renseignements demandés par la Croix Bleue ou ses représentants.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels, qu'ils sont protégés et qu'ils sont utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils sont fournis.

Je conviens qu'une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est tout aussi valide que l'original.

Je comprends que s'il devait y avoir des conséquences fiscales à la suite du remboursement de ces dépenses, je suis responsable de m'acquitter du paiement de la somme demandée. Si le règlement est demandé pour une personne à charge non assurée en vertu de ma police de protection des soins de santé et des soins dentaires, je, le (la) soussigné(e), atteste que cette personne à charge est admissible en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada en tant que personne à charge.

Signature _____ Date _____

Une photocopie de cette autorisation est tout aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

SI VOUS DEMANDEZ LE RÈGLEMENT D'UNE DEMANDE POUR UN ENFANT À CHARGE (ÂGÉ DE 18 ANS OU DE 21 ANS ET PLUS MAIS DE MOINS DE 25 ANS), VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

PRÉNOM	NOM DE L'ÉCOLE, DU COLLÈGE OU DE L'UNIVERSITÉ FRÉQUENTÉE	SEMESTRE	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL

* VEUILLEZ INDICER LE TOTAL DES FRAIS SOUMIS PAR PATIENT ET PAR ANNÉE CIVILE.

PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			SEXE	LIEN DE PARENTÉ	MONTANT SOUMIS	ANNÉE CIVILE	À L'USAGE DE CROIX BLEUE
	JJ	MM	AA					
TOTAL								