



Demande de règlement pour assurance voyage

DEMANDES DE RÈGLEMENT TRAITÉES PAR DESJARDINS ASSURANCES

Veillez inscrire vos numéros d'entreprise et de certificat.

Numéro d'entreprise	Numéro de certificat
---------------------	----------------------

Nom de l'employé _____ Prénom(s) de l'employé _____

Adresse postale complète de l'employé _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Nom du patient _____ Lien avec l'employé _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans? Oui Non Si oui, précisez le nom de l'enfant _____

Si le patient est un enfant à charge, l'enfant : souffre d'une déficience fonctionnelle

est un étudiant (nom et lieu de l'établissement d'enseignement) _____

_____ Dates des études (AAAA/MM/JJ) _____

Départ de la province de résidence (AAAA/MM/JJ) _____ Retour initialement prévu (AAAA/MM/JJ) _____ Premier traitement (AAAA/MM/JJ) _____

Êtes-vous ou vos personnes à charge assuré en vertu d'un autre régime d'assurance? Oui Non

Si oui, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré. _____

Nom et adresse de l'assureur _____ Numéro de la police _____

Cette demande est le résultat d'une maladie imprévue (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 lésion? _____

Médecin traitant

Nom _____

Adresse _____

Adresse du médecin familial au domicile

Nom _____

Adresse _____

Avez-vous été hospitalisé? Non Oui

Si non, qui a fourni les soins?

Nom _____

Adresse _____

Si oui, où avez-vous été hospitalisé?

Nom de l'hôpital _____

Adresse _____

DÉCLARATION DES FRAIS ENCOURUS (JOINDRE LES REÇUS)

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

TOTAL Veuillez payer : le fournisseur de service l'employé _____

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

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant. Je comprends 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 du coût total des services reçus et que la présente ne constitue qu'une demande de règlement des frais admissibles.

Aux fins de l'administration du régime d'avantages sociaux, de toute évaluation, de toute enquête, de la gestion des demandes de règlement, de la souscription et pour déterminer l'admissibilité au régime, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels concernant la présente demande. La liste non exhaustive de sources à partir desquelles l'information peut être puisée comprend des professionnels de la santé ou d'établissement de santé, des compagnies d'assurance, d'autres organisations ou personnes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils sont visés par ma demande. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé ou de son mandataire _____

Date _____ Numéro de téléphone (_____) _____