iA Excellence

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
GARANTIE ACCIDENT/MALADIE

Section 1 : Renseignements sur l'adhérent

Nom de l'employeur		Numéro de contrat :	Numéro de division :
Nom de l'adhérent		Numéro de certificat :	
Adresse de l'adhérent	Nouvelle adresse : ☐ Oui ☐ Non Si oui, depuis quand : _____ Adresse : Code Postal :		

Section 2 : Renseignements sur le patient

Nom du patient	Date de naissance			Lien avec l'adhérent	Pour les enfants de plus de 21 ans, indiquez s'il est étudiant à temps plein	Montant
	JJ	MM	AA			
				☐ Conjoint ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	$
				☐ Conjoint ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	$
				☐ Conjoint ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	$
				☐ Conjoint ☐ Fille ☐ Fils ☐ Autre	☐ Oui ☐ Non	$

Section 3 : À remplir en cas d'accident

1. Certains soins ont-ils été donnés à la suite d'un accident ? ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, indiquez le nom du ou des patient(s) : _____
2. L'accident est-il survenu au travail ? ☐ Oui ☐ Non
3. S'agit-il d'un accident relié à un véhicule motorisé ? ☐ Oui ☐ Non
4. Décrire brièvement les circonstances : où, quand, comment ?
   _____
   _____

Section 4 : Coordination des bénéfices

1. Certains soins ou services auxquels les reçus ci-joints se rapportent sont-ils couverts par :
   CSST ☐ Oui ☐ Non **OU** SAAQ ☐ Oui ☐ Non **OU**
   Autre régime d'assurance collective ou d'assurance individuelle ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, nom de l'Assureur : _____ Numéro de contrat : _____

Section 5 : Transport par ambulance

Si votre demande de règlement contient un reçu d'ambulance, veuillez préciser la raison médicale du transport :

_____

_____

Section 6 : Déclaration

Je déclare que tous les renseignements inscrits sont complets et véridiques. J'autorise toute personne concernée à révéler à mon Assureur tous les renseignements relatifs à cette demande. Les reçus ci-inclus (lesquels ne seront ni retournés ni retenus par l'Assureur) appuient ma demande à l'égard de services qui m'ont été dispensés ou qui ont été dispensés aux membres admissibles de ma famille.

_____	_____	_____
Date	Numéro de téléphone	Signature de l'adhérent

Section 7 : Avis Important

Dans le but de vous assurer un règlement rapide et efficace, veuillez prendre note des points suivants :

* Toute demande de remboursement incomplète sera refusée et retournée à l'adhérent.
* N'inclure que des reçus officiels et originaux **(ceux-ci ne seront pas retournés)**. Les duplicatas et photocopies ne sont pas acceptés.
* L'adhérent doit inscrire tous les renseignements demandés et signer le formulaire.

LES FRAIS ENCOURUS AU COURS DE L'ANNÉE DOIVENT ÊTRE TRANSMIS DANS LES 90 JOURS SUIVANT :

* **LA FIN DE L'ANNÉE CIVILE OÙ LES FRAIS ONT ÉTÉ ENCOURUS ; OU**
* **LA DATE DE TERMINAISON DE LA PROTECTION DE L'ASSURÉ ; OU**
* **LA DATE DE TERMINAISON DU CONTRAT, SELON LA PREMIÈRE DES ÉVENTUALITÉS.**

Section 8 : Réservée à l'assureur