

**DEMANDE DE RÈGLEMENT
FRAIS MÉDICAUX**

Nom du titulaire du contrat : **ASSOCIATION DES POMPIERS DE MONTRÉAL INC.**

Nom de l'employé(e) _____ Prénom _____

N° de police

2	1	0	4	7
---	---	---	---	---

Date de naissance

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

Sexe : M F

N° de certificat _____

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E)

COORDINATION DES PRESTATIONS

NOTE IMPORTANTE -

En vertu de la clause de coordination des prestations de votre régime, si votre conjoint(e) participe à un programme de remboursement des frais médicaux, les frais engagés par votre conjoint(e) doivent d'abord être soumis à son assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde.

Les frais engagés par les enfants à charge assurés doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Votre conjoint(e), s'il y a lieu, est-il (elle) couvert(e) par un autre contrat d'assurance collective? Non Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de police _____ Protection : Individuelle Familiale

Nom du (de la) conjoint (e) _____ Date de naissance

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

INSTRUCTIONS

Joindre l'original de vos reçus et en conserver une copie pour usage fiscal et coordination des prestations. Les reçus ne sont pas retournés et ils seront détruits 60 jours après leur réception.

TRANSPORT EN AMBULANCE (Joindre le reçu du service de transport ambulancier.)

Raison du transport ambulancier (si à la suite d'un accident, remplir le rapport ci-après) _____

Lieu de la prise en charge : Maison Travail Autre, préciser _____

FRAIS MÉDICAUX (Joindre les originaux des factures ou des reçus détaillés.)

Médicaments Hospitalisation Ambulance Soins paramédicaux Frais optiques Chaussures orthopédiques Autres frais

EMPLOYÉ(E)	CONJOINT(E)	ENFANT	18 ANS ET PLUS		ÉTUDIANT(E)	PRÉNOM	DATE DE			ENFANT DE 18 ANS ET PLUS	MONTANT			
			SEXE	non			oui	NAISSANCE				Nom de l'établissement scolaire fréquenté ou de l'employeur	TOTAL	
								M	F					A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$	

S'agit-il de frais engagés à la suite d'un accident? Non Oui

Total _____ \$

Nature de l'accident : Travail Véhicule motorisé Victime d'acte criminel Autre

Date de l'accident

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

 Lieu de l'accident _____

Je certifie par les présentes que tous les renseignements fournis sont exacts et complets, au meilleur de ma connaissance, et que toutes les dépenses ont été engagées par moi-même ou par mes personnes à charge pour l'usage exclusif de la personne mentionnée. J'autorise également la communication de tous renseignements demandés relativement à la présente demande à l'assureur et j'autorise « Burrowes, courtiers d'assurances » à procéder au paiement de mes réclamations pour frais médicaux.

Signature de l'employé(e) **X** _____ Date

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

Adresse _____ Tél maison () _____
App _____ Ville _____ Prov. _____ Code postal _____