

INSTRUCTIONS

Note : Les demandes pour soins de la vue peuvent être transmises au moyen de la Demande de règlement – Assurance maladie complémentaire.

1. Annexer les reçus originaux.
2. Remplir la partie « Description des frais ».
3. Annexer une copie de l'ordonnance du médecin, au besoin.
4. La partie 2 doit être remplie.

COMPTE DE CRÉDITS-SANTÉ

Si vous bénéficiez d'un compte de crédits-santé aux termes de votre régime, le solde non réglé de cette demande doit-il être remboursé par votre compte?

Oui Non

PARTIE 1 DESCRIPTION DES FRAIS (Annexer les reçus originaux)

NOM DE LA PERSONNE QUI A ENGAGÉ LES FRAIS	DATE DE NAISSANCE (J/M/A)	LIEN DE PARENTÉ	DESCRIPTION DES FRAIS	DATE À LAQUELLE LES FRAIS ONT ÉTÉ ENGAGÉS (J/M/A)	MONTANT PAYÉ

PARTIE 2 DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ/DU PARTICIPANT (Écrire en majuscules S.V.P.)

Numéro de groupe	Numéro de compte	NIP / Numéro de certificat	Nom de l'employeur/du titulaire de police
------------------	------------------	----------------------------	---

1. Nom de l'employé/du participant : _____ Ancien nom (le cas échéant) : _____
(Prénom) (Initiale) (Nom de famille)

2. Adresse postale de l'employé/du participant _____
(N°et rue) (Ville) (Province) (Code postal)

Cocher la case ci-contre s'il s'agit d'une nouvelle adresse.

3. Date de naissance / /
J M A

4. Y a-t-il un autre assureur qui vous indemnise, vous ou votre personne à charge, dans le cas de la présente demande? Oui Non
 Si « OUI », nom de l'assureur (ou autre source) : _____ Date de naissance du conjoint / /
J M A

Si la coordination des prestations ne s'applique plus, date de cessation / /

5. Le demandeur est-il une personne : aux études handicapée

Si le demandeur est un étudiant de plus de 18 ans, nom de l'établissement scolaire : _____

Statut d'étudiant : à temps plein à temps partiel par correspondance. Inscrit pour le semestre du _____ (date) au _____ (date).

L'étudiant obtiendra-t-il son diplôme à la fin du semestre indiqué? Oui Non

****Garder une copie de vos reçus pour vos dossiers.****

****Les télécopies ne sont pas acceptées.****

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires..

J'atteste que les renseignements contenus dans la présente sont vrais, complets et exacts et que les frais indiqués concernent des soins médicaux prodigués aux personnes susmentionnées. Il est entendu que toute fausse déclaration ou réticence risque d'entraîner des retards dans l'obtention de mes prestations ou le refus de prendre le sinistre en charge. J'autorise tout médecin, dentiste et autre fournisseur ou établissement de soins de santé, assureur, fournisseur de services d'assurance et autre personne ou organisme ayant des renseignements médicaux ou autres concernant moi-même, mon conjoint ou mes personnes à charge à échanger avec Co-operators, l'administrateur du régime ou leurs représentants, tous les renseignements nécessaires pour étudier la demande de règlement et juger de son bien-fondé, déterminer le droit aux prestations, et gérer le dossier et le régime d'assurance collective. Je confirme avoir l'autorisation de représenter mon conjoint et mes personnes à charge à cette fin. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

X

Signature de l'employé/du participant

X

Date (J/M/A)

PARTIE 3 NE RIEN ÉCRIRE ICI

Date d'effet - Employé/participant (J/M/A) / /	Date d'effet - Personne à charge (J/M/A) / /	Date de fin de l'assurance (le cas échéant) (J/M/A) / /
Signature de l'employeur/du fondé de pouvoir de l'administrateur du régime X	Catégorie	Date (J/M/A) / /

Des renseignements incomplets occasionneront un retard dans le traitement de la demande. Envoyer le formulaire dûment rempli à : Assurance maladie complémentaire, Co-operators, 1920 College Avenue, Regina (Saskatchewan) S4P 1C4