

No. du groupe		No. de certificat	
Nom de la compagnie			
Nom du participant		Prenom	
Date de naissance (jour/mois/annee)		Langue de choix <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Francais	
Adresse du participant		No. et nom de la rue	
Ville	Province	Code Postal	
No. téléphone a domicile		Travail	
No. téléphone a cellulaire		Adresse courriel	

FRAIS MEDICAUX (Joindre vos recus originaux pour les frais encourus ci-dessous; NE PAS agraffer NI coller les recus au formulaire de demande de remboursement Lettres moulées s.v.p.

Nom (participant ou personne à charge assuré)	Lien avec le participant	Date de naissance			Total
		jour	mois	annee	
1)					\$
2)					\$
3)					\$
4)					\$
5)					\$
6)					\$
7)					\$
8)					\$
9)					\$
10)					\$
11)					\$
Total					\$

Veuillez cocher la case si l'une des dépenses ci-dessus est engagée pour l'indemnisation hospitalisation .

Je certifie que l'information ci-dessus est vraie et complète at que les frais mentionnés ci-dessus couvrent les produits et services qui m'ont été rendus personnellement ou sont recus par mon conjoint(e) ou par les personnes à ma charge. Je certifie que je suis autorisé(e) à divulguer et à recevoir toute information concernant mon conjoint(e) et/ou les personnes à ma charge aux fins d'évaluation ou de paiement des prestations, si nécessaire. Je reconnais que tout montant de remboursement de frais mentionnés ci-dessus ainisi que le relevé des prestations seront émis au nom du participant du régime à moins qu'ils ne soient attribués au fournisseur de services.

J'autorise SécurIndemnité, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs des programmes d'Etat ou autres régimes d'assurance, et les autres fournisseurs de service travaillant avec SécurIndemnité, à transmettre toute information nécessaire conernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé.

Date: \_\_\_\_\_ Signature du Participant : \_\_\_\_\_