

Frais engagés hors du Canada -- Garantie totale
Renseignements sur le participant

Numéro du contrat 55555	Numéro du certificat	Date de naissance	Jour	Mois	Année
Nom		Prénom			
Adresse N° et rue					
Ville	Province/État	Pays		Code postal/Code zip	
N° de tél. le jour (inscrire l'indicatif du pays)		N° de tél. le soir (inscrire l'indicatif du pays)		Date d'affectation de l'employé	
Êtes vous couvert, pour certains des frais engagés, par un autre régime de remboursement de frais médicaux? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ➔ Dans l'affirmative, veuillez préciser si vous êtes couvert à titre : de salarié <input type="checkbox"/> ou de retraité <input type="checkbox"/> et indiquer : la c ^{ie} d'assurance _____ le n° de contrat : _____ le n° de certificat : _____					

Remplir si votre demande englobe des frais engagés pour votre conjoint ou conjoint de fait

 Dans le cas d'un conjoint de fait, votre union dure-t-elle depuis au moins un an? Non Oui

Nom et prénoms	Date de naissance	Jour	Mois	Année
La personne ci-dessus est-elle couverte, pour certains des frais engagés, par un régime ou contrat de remboursement de frais médicaux autre que le RSSFP? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ➔ Dans l'affirmative, présentez tout d'abord votre demande de règlement au titre du régime de cette personne.				

Remplir si votre demande englobe des frais engagés pour des enfants

Nom	Lien avec le participant		Date de naissance			Si l'enfant a 21 ans ou plus, indiquez en cochant ci-dessous s'il est :	
	Fils	Fille	Jour	Mois	Année	handicapé	étudiant à temps plein

Vos enfants sont-ils couverts, pour certains des frais engagés, par le régime ou contrat de remboursement de frais médicaux de votre conjoint ou conjoint de fait?
 Non Oui ➔ Dans l'affirmative, inscrivez ici la date de l'anniversaire de cette personne mois : _____ jour : _____ Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées au titre de la couverture du parent (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile.

 Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés par suite d'un accident ? Non Oui ➔ Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants :

Lieu de l'accident :	Au travail <input type="checkbox"/>	À la maison <input type="checkbox"/>	Ailleurs <input type="checkbox"/>	Date de l'accident :	Jour	Mois	Année
Certains des frais ont-ils été engagés en raison d'une situation couverte par la Commission des accidents du travail ou la Commission de la santé et de la sécurité du travail ?				Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>			

 Veuillez remplir la page 2 au verso. ➔

IMPORTANT: If you wish to receive your correspondence in English, please check here