

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

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

**Québec et provinces de l'Atlantique**  
C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

**Ontario et provinces de l'Ouest**  
C. P. 4643, succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 5E3

## DEMANDE DE RÈGLEMENT FRAIS MÉDICAUX

Nom du titulaire de la police \_\_\_\_\_ TCA Québec Local 1926 \_\_\_\_\_

N° de police 

9	14	0	2	17
---	----	---	---	----

 N° de compte 

0	0	1
---	---	---

 N° de catégorie 

--	--	--

Nom du participant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
A M J

N° de Matricule 

0	0	0
---	---	---

 Date de naissance 

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

 Sexe :  M  F Langue :  Fr.  Angl.

### DECLARATION DU TITULAIRE DE LA POLICE (Faire remplir cette section par l'administrateur, seulement si votre régime est autoadministré.)

Date de souscription	Participant			Conjoint			Enfant																																																																																																
	A	M	J	A	M	J	A	M	J																																																																																														
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
Date de cessation	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																								
Signataire autorisé _____	Date _____																																																																																																						

### COORDINATION DES PRESTATIONS

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective?  Non  Oui, préciser :

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

Nom du conjoint \_\_\_\_\_ Date de naissance 

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

### FRAIS MÉDICAUX

(Joindre les originaux des factures ou des reçus détaillés. S'il y a trois originaux, veuillez joindre l'original 1.)  
Les reçus ne seront pas retournés et ils seront détruits 60 jours après leur réception.

NOM (participant ou personne à charge assurée)	LIEN AVEC LE PARTICIPANT	DATE DE NAISSANCE			Étudiant à temps plein âgé de 18 ans et plus Non Oui	Enfant handicapé Non Oui	ENFANT DE 18 ANS ET PLUS Nom de l'établissement d'enseignement	TOTAL																													
		A	M	J																																	
_____	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							_____ \$
_____	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							_____ \$
_____	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							_____ \$
_____	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							_____ \$

Si les frais engagés le sont pour la location ou l'achat d'un appareil, veuillez joindre une lettre de votre médecin décrivant le diagnostic.

Frais engagés à la suite d'un accident?  Non  Oui Type d'accident :  Accident de travail  Véhicule motorisé

Acte criminel  Autre \_\_\_\_\_  
Date de l'accident 

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

 Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

### TRANSPORT EN AMBULANCE (Joindre la facture détaillée pour le service de transport ambulancier.)

Raison du transport en ambulance \_\_\_\_\_  
Lieu de la prise en charge :  Domicile  Travail  Autre, préciser \_\_\_\_\_

### FRAIS ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Si les frais médicaux ont été engagés hors de la province de résidence, veuillez remplir le formulaire FRAIS MÉDICAUX HORS PROVINCE (F54-371). Pour obtenir une copie du formulaire, veuillez téléphoner au (514) 499-3747 ou au 1 800 203-9024 si vous habitez à l'extérieur de la région de Montréal.

### CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

**JE CONFIRME**, par les présentes, qu'à ma connaissance l'information fournie dans cette demande de règlement est véridique et complète.

**JE CONFIRME**, par les présentes, que les frais ont été engagés par moi ou par une de mes personnes à charge et qu'ils étaient nécessaires en raison d'un traitement médical.

Si cette demande de règlement est soumise au nom de mon conjoint ou d'un de mes enfants à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

(1) **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire de règlement soit divulguée à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de règlement; et

(2) **J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement relatif aux frais de traitements engagés qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la demande de règlement.

**J'ACCEPTÉ** que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

**JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

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

Tél. domicile ( ) 

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

 Tél. travail ( ) 

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