

**Demande de règlement assurance maladie complémentaire**

Prénom de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Nom de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Police \_\_\_\_\_ Division \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Prénom du réclamant \_\_\_\_\_ Nom du réclamation \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec l'employé(e)  
 employé(e)  conjoint(e)  enfant

**Vous devez joindre une copie détaillée du reçu d'achat qui inclut le nom du réclamant, la date du service et le coût du service pour toutes les demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire. Nous acceptons les reçus soumis par courriel, télécopieur ou courrier. Veuillez noter qu'Assomption Vie pourrait à tout moment exiger que l'original soit envoyé à nos bureaux.**

**Section 1 Soins visuels**

	FRAIS	
Examen	_____ \$	Montures _____ \$
Verre de contact	_____ \$	Verres _____ \$
Autres	_____ \$	(spécifier : _____)
Date du service (JJ/MM/AAAA) : _____		

**Section 2 Appareil auditif**

**A. DÉCLARATION DE L'AUDIOLOGISTE ACCRÉDITÉ**

Je certifie avoir commandé un appareil auditif pour le patient désigné ci-dessus, le \_\_\_\_\_ (date) (JJ/MM/AAAA).

Diagnostic: \_\_\_\_\_

Type d'appareil auditif prescrit: \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà porté un appareil auditif?  Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Signature de l'audiologiste accrédité

**B. DÉCLARATION DU PATIENT**

Date de l'achat	Type d'appareil auditif	Coût de l'appareil	Nom du vendeur

**Section 3 Autres frais complémentaires**

Pour toute autre demande de règlement, veuillez cocher les services qui s'appliquent :

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuncteur    | <input type="checkbox"/> Massothérapeute  | <input type="checkbox"/> Ostéopathe    | <input type="checkbox"/> Chambre d'hôpital                 |
| <input type="checkbox"/> Chiropraticien | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Podiatre      | <input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques/semelles |
| <input type="checkbox"/> Naturopathe    | <input type="checkbox"/> Psychologue      | <input type="checkbox"/> Diététicienne | <input type="checkbox"/> Autre : _____                     |

Je soussigné déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

**Section 4 Coordinations des prestations** (si vous n'avez pas de conjoint, cette section ne s'applique pas)

Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance maladie sous son propre régime d'assurance?

Oui  Non

Date effective

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
JJ MM AAAA

Si oui, est-ce une couverture d'assurance maladie :

Individuel  Familiale

Nom du conjoint \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur du conjoint \_\_\_\_\_ Numéro du contrat \_\_\_\_\_

**Section 5 Données bancaires pour dépôt direct**

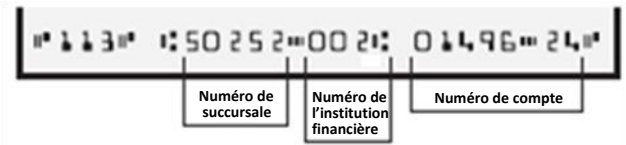
Prrière de joindre un chèque avec la mention «**NUL**» ou fournir l'information bancaire suivant si un chèque n'est pas disponible.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'institution financière

\_\_\_\_\_  
Adresse de la succursale

Insérer les numéros figurant au bas du chèque, tel que démontré dans l'exemple suivant.

Numéro de succursale :   
 Numéro de l'institution financière :   
 Numéro de compte : \_\_\_\_\_



Je soussigné déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)