



NOM DE FAMILLE DE L'ASSURÉ		PRENOMS		NOM DE L'EMPLOYEUR			
ADRESSE			APP.		NUMÉRO DE POLICE		DIVISION (LE CAS ÉCHÉANT)
VILLE		PROV.		CODE POSTAL		NUMÉRO DE CERTIFICAT/D'IDENTITÉ	DATE DE NAISSANCE

1. Veuillez répondre à toutes les questions. Cette demande de règlement vous sera retournée si elle est incomplète ou contient des erreurs.

2. Est-ce qu'un autre régime d'assurance collective prévoit aussi des indemnités d'assurance-maladie ? Oui Non

Si «oui», veuillez donner les renseignements suivants sur la personne qui est membre de l'autre régime.

Nom du membre _____ No de cert./d'identité _____ Date de naissance ____/____/____
jour mois an

Nom de la compagnie d'assurance _____ No de police _____

Si l'assurance-maladie en vertu d'un autre régime d'assurance collective a été annulée, veuillez donner la date d'annulation ____/____/____
jour mois an

Si l'assurance collective mentionnée dans cette question est une assurance de L'Équitable du Canada qui est en vigueur, voulez-vous que nous coordonnions les indemnités ? Oui Non

3. Est-ce que des demandes sont présentées par suite d'un accident ? Oui Non Si «oui», précisez la date, le lieu et expliquer comment l'accident s'est produit. _____

4. Y a-t-il des dépenses qui sont reliées à une maladie ou une blessure résultant du travail ? Oui Non

Je certifie qu'à ma connaissance les renseignements donnés dans ce formulaire sont véridiques, exacts et complets. Les renseignements de règlement que j'ai fournis de plein gré à L'Équitable du Canada qui sont conservés dans ses dossiers seront utilisés par L'Équitable du Canada pour les besoins de traitement et d'approbation de règlements. Je comprends et j'autorise que, pour les besoins précités, les renseignements personnels au dossier seront également accessibles et pourront être fournis à des employés autorisés de L'Équitable du Canada et de tiers dont les services ont été retenus par cette dernière, à des employés autorisés de son réseau de distribution commerciale, de son ou ses réassureurs participants, d'autres compagnies d'assurance, organismes d'investigation, fournisseurs de soins de santé, notamment des pharmacies, médecins et dentistes, et à toute autre personne ou partie que j'aurai autorisée.

Si je fais une demande pour mon conjoint ou mes personnes à charge, ou les deux, je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom et, par conséquent, la présente autorisation s'applique également à la collecte, l'utilisation et la communication de leurs renseignements personnels pour les mêmes besoins. Je comprends que les demandes d'indemnités en vertu de la police d'assurance collective doivent être présentées par moi à titre de membre du régime. Par conséquent, j'autorise L'Équitable du Canada à communiquer des renseignements sur ces demandes d'indemnités à moi-même ou à toute personne agissant en mon nom, y compris mon conjoint ou une personne à ma charge, selon ce qui est considéré nécessaire pour pouvoir confirmer l'admissibilité et l'évaluation et la gestion de la demande.

Signature de l'employé _____ Date _____

La falsification ou l'altération de documents de règlement ou de reçus peuvent avoir des conséquences juridiques.

Annexez tous les reçus originaux (les photocopies et les copies carbone ne sont pas acceptables). Pour des demandes qui ne portent pas sur des médicaments, veuillez inclure une lettre explicative, l'ordonnance du médecin, etc.

FRAIS DE MÉDICAMENTS

Nom usuel du patient	Lien avec le membre du régime			Date de naissance			Enfants seulement; cocher si		Nombre de reçus par patient	Montant total de médicaments par patient
	Lui-même	Conjoint	Enfant	jj	mm	aaaa	à l'université ou au collège à plein temps	invalide		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$

AUTRES FRAIS (excluant les médicaments)

Nom usuel du patient	Lien avec le membre du régime			Date de naissance			Enfants seulement; cocher si		Type de dépense	Montant chargé pour chaque dépense	Date de la visite ou de l'achat			Nom du praticien ou du fournisseur
	Lui-même	Conjoint	Enfant	jj	mm	aaaa	à l'université ou au collège à plein temps	invalide			jj	mm	aaaa	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				

TOTAL DE TOUS LES FRAIS DE MÉDICAMENTS ET AUTRES FRAIS										\$			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--