

## Demande de Règlement de Frais

### A remplir par le demandeur

Titulaire de la police	Numéro de la police	
Nom de l'assuré	Adresse e-mail	
Nom du demandeur (autre que ci-dessus)	Lien de parenté avec l'assuré	
Adresse	Téléphone	

1) Le demandeur est-il couvert par un autre régime d'assurance médicale ? (régime du conjoint, régime d'assurance-maladie du gouvernement, etc.)

- NON**  
 **OUI**

Nom de l'assureur	Numéro de la police
-------------------	---------------------

2) Parmi les frais encourus, y en a-t-il qui sont le résultat d'un accident?

- NON**  
 **OUI**

Si oui, veuillez préciser la date, le lieu et les circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_

3) Veuillez fournir/diagnostique pour chaque facture jointe :

Date de la visite	Montant	Diagnostique/Condition/Maladie

4) Le demandeur a-t-il déjà connu un état identique ou du même genre?

- NON**  
 **OUI**

Si oui, décrire et indiquer la date : \_\_\_\_\_

5) Voulez-vous un chèque ou virement électronique? Cheque  Dépôt direct  Votre banque peut imposer des frais

Dépôt direct: Nom de la banque

Numéro de banque

Adresse de la succursale

Numéro de transit

Nom du titulaire du compte

Numéro de compte

Joindre toutes les factures originales avec ce formulaire, et retourner à : Sutton Special Risk.

J'autorise la divulgation de tous les renseignements demandés par l'assureur ou ses agents relatifs à la présente demande de règlement et j'affirme que les renseignements fournis ici sont véridiques, exacts et complets, au meilleur de ma connaissance.

Signature du demandeur

Date