

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