

IDENTIFICATION

Nom du preneur de la police : _____

N° de police : _____ N° de certificat : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ domicile cellulaire Courriel : _____**RENSEIGNEMENTS SUR LES FRAIS ENGAGÉS**1. Les frais médicaux ont été engagés à la suite : d'un accident d'une maladie S'il s'agit d'un accident, veuillez préciser :

Date (jour / mois / année) : _____ Lieu : _____

Circonstances :

2. Les frais sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance ? oui non Si oui :

Nom de l'assureur : _____ No de contrat : _____ Nom de l'assuré : _____

3. Les frais ont été engagés pour :

 un conjoint

Le conjoint couvert par un autre contrat d'assurance doit d'abord présenter une demande de règlement à son assureur puis fournir à Croix Bleue Canassurance le relevé de paiement accompagné d'une copie des reçus soumis.

 un enfant à charge Veuillez fournir une preuve de son statut d'étudiant à temps plein.

Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées à l'assureur du parent (père ou mère) dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.

DÉCLARATION**Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.**

Signature : _____ Date (jour / mois / année) : _____

Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans
au Québec ou moins de 16 ans en Ontario _____ Date (jour / mois / année) : _____**Veuillez détailler les frais engagés au verso de ce formulaire, l'imprimer, le signer et y joindre vos reçus originaux. Nous vous recommandons d'en faire des copies pour vos dossiers puisque ces documents ne vous seront pas retournés.****Poster votre demande :****Au Québec**
Croix Bleue Canassurance
B.P. 1630, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3L3**En Ontario**
Croix Bleue Canassurance
B.P. 4433, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 3Y7

ASSURÉS CONCERNÉS PAR CETTE DEMANDE

Assuré principal : _____ Conjoint : _____

Date de naissance (jour / mois / année) : _____ Genre : M F Date de naissance (jour / mois / année) : _____ Genre : M F

Enfant à charge 1 : _____ Enfant à charge 2 : _____

Date de naissance (jour / mois / année) : _____ Genre : M F Date de naissance (jour / mois / année) : _____ Genre : M F

Enfant à charge 3 : _____ Enfant à charge 4 : _____

Date de naissance (jour / mois / année) : _____ Genre : M F Date de naissance (jour / mois / année) : _____ Genre : M F

Enfant à charge 5 : _____ Enfant à charge 6 : _____

Date de naissance (jour / mois / année) : _____ Genre : M F Date de naissance (jour / mois / année) : _____ Genre : M F

ASSURÉS CONCERNÉS PAR CETTE DEMANDE

Veillez saisir la somme des frais encourus par assuré.

Prénom	Année civile	Montant soumis	Prénom	Année civile	Montant soumis
		Total			Total
					Grand total

Pour toute question au sujet de votre couverture d'assurance, communiquez avec le service des règlements par téléphone avant d'envoyer votre demande afin d'éviter les délais inutiles. Veillez noter que les appels de notre service de règlements sont enregistrés pour fins de formation, de contrôle de qualité et de vérification.

**Croix Bleue Canassurance
Règlements, assurance santé individuelle
Téléphone : 1-844-904-8353**

Note : Le genre masculin utilisé dans ce document pour plus de commodité, désigne tant les femmes que les hommes