Financière Manuvie

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR FRAIS MÉDICAUX SUPPÉMENTAIRES - SYNDICAT

- A L'USAGE DE L'ADMINISTRATION SEULEMENT -

Date d'effet de la police _____ (jour) _____ (mois) _____ (année)

Date d'effet pour le membre assuré _____ (jour) _____ (mois) _____ (année)

En droit de réclamer ☑ OUI ☒ NON

Année	1 jan.	2 févr.	3 mars	4 avr.	5 mai	6 juin	7 juill.	8 août	9 sept.	10 oct.	11 nov.	12 déc.

Signature confirmant l'admissibilité _____

EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

1. Nom du syndicat _____ Local _____
2. Nom de l'employeur _____
3. Membre assuré _____ (Prénom) _____ (Nom de famille) N° de groupe _____
4. Adresse _____ (Rue)
   _____ (Ville) _____ (Province) ☐☐☐☐☐☐ (Code postal)
5. N.A.S. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
6. Les frais ci-dessous sont-ils couverts par une autre compagnie ou une autre source? ☐ NON ☐ OUI
   Laquelle? _____

Enumérez ci-dessous toutes les dépenses pour vous-même et les personnes à votre charge. **Annexez tous les reçus.**

Date du reçu	RENSEIGNEMENTS DU DEMANDEUR				Nom du médicament ou description de l'item	No. de la prescription	Nature de la maladie	Frais
	Prénom du demandeur	Lien de parenté avec le membre assuré	Date de naissance	Travaillez-vous à plein temps ?				

TOTAL

J'autorise la Financière Manuvie et ses représentants autorisés à recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels me concernant ou concernant la (les) personne(s) à ma charge (le cas échéant) aux fins suivantes : détermination de l'admissibilité aux produits et services de la Financière Manuvie, sélection des risques, administration des garanties, évaluation et paiement des demandes de règlement ou autres fins pertinentes. Toutes les précisions à ce sujet sont contenues dans la Politique sur la confidentialité et la documentation sur les renseignements confidentiels que l'on peut obtenir à l'adresse électronique www.manuvie.ca ou sur demande.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification seulement. J'autorise tout médecin, hôpital et autre organisme à divulguer des renseignements complets concernant la présente demande de règlement.

SIGNATURE DU MEMBRE ASSURÉ _____ DATE _____