

Demande de règlement de frais

A remplir par le demandeur

Titulaire de la police	Numéro de la police	Classe (si applicable)
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

Nom de l'assuré

Numéro de la police

OUI

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) Bénéficiaire: employé employeur

6) Voulez-vous un chèque ou virement électronique? Cheque Dépôt direct Virement télégraphique

En cas de dépôt direct :

Nom de la banque _____ Numéro de banque _____

Adresse de la succursale _____ Numéro transitaire _____

Nom du titulaire du compte _____ Numéro de compte _____

En cas de virement télégraphique :

Nom de la banque _____ Code BIC (Code SWIFT) _____

Adresse de la succursale _____

Numéro de compte _____ Devise du compte _____

Nom du demandeur _____ Numéro de compte (IBAN) _____

Adresse du titulaire du compte _____

Signature et autorisation

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