

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1

Nom de l'assuré	N° de certificat
Adresse complète : N° _____ Rue _____ App. _____	
Ville _____ Province _____ Code postal _____	
Téléphone ( _____ ) _____	
Nom de l'employeur/titulaire de la police	N° de groupe/division

**OUI**, je désire recevoir mes remboursements de réclamations dans mon compte bancaire.  
**Joindre un spécimen de chèque avec la mention "annulé".**

Nom des personnes à charge (Nom de famille / Prénom)	Sexe	Lien de parenté	Date de naissance ( A / M / J )	Assuré(e) par un autre régime (Oui / Non)

**Si l'une de vos personnes à charge est assurée par un autre régime, remplir la section « Coordination des garanties ».**

**Si l'une de vos personnes à charge est un(e) étudiant(e), remplir la section « Confirmation de statut étudiant ».**

Est-ce que les frais ou une partie de ceux-ci sont consécutifs à un accident de travail ?  OUI  NON

Est-ce que les frais ou une partie de ceux-ci sont consécutifs à un accident d'automobile ?  OUI  NON

Les frais non remboursables devront être soumis à mon compte gestion santé ou coût plus :  OUI  NON

L'excédent des frais remboursés devra être soumis à mon compte gestion santé ou coût-plus :  OUI  NON

**COORDINATION DES GARANTIES**

Personne(s) à charge assurée(s)		Nom de l'assureur		N° police
Nom du détenteur du régime	Date de naissance ( A / M / J )	Lien de parenté	Protection : <input type="checkbox"/> Assurance santé <input type="checkbox"/> Soins dentaires	
			<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple	
Personne(s) à charge assurée(s)		Nom de l'assureur		N° police
Nom du détenteur du régime	Date de naissance ( A / M / J )	Lien de parenté	Protection : <input type="checkbox"/> Assurance santé <input type="checkbox"/> Soins dentaires	
			<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple	

**Si cette demande de règlement ou une partie de celle-ci a été présentée à un autre assureur, vous devez joindre à la présente une copie de vos reçus et du relevé de règlement émis par l'autre compagnie d'assurance**

**CONFIRMATION DE STATUT ÉTUDIANT**

**(pour votre enfant à charge célibataire de 21 ans et plus, aux études à temps plein)**

**JE CONFIRME QUE :**

Nom de l'enfant (l'enfant doit être célibataire)	Date de naissance ( A / M / J )
Inscrire le nom de l'institution scolaire fréquentée	<input type="checkbox"/> étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> étudiant à temps partiel <input type="checkbox"/> session d'automne (septembre) <input type="checkbox"/> session d'hiver (janvier)

**Autorisation :** J'autorise tout professionnel de la santé, toute personne (fournisseur de services), toute autre compagnie d'assurance, la C.S.S.T. ou la C.A.T., tout établissement public ou privé de la santé, tout organisme gouvernemental en rapport avec la santé ou les services sociaux, à divulguer et à échanger des renseignements demandés par l'assureur ou GROUPE FINANCIER AGA INC. (AGA ASSURANCES COLLECTIVES) et nécessaires au traitement de ma demande.

Signature de l'assuré :	Date :
-------------------------	--------