

DEMANDE DE RÉGLEMENT ASSURANCE SANTÉ

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 1469

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 à un accident d'automobile ? 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. et nécessaires au traitement de ma demande.

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

Vous devez faire parvenir votre demande de règlement
à l'adresse suivante :

GROUPE FINANCIER AGA INC.
Case postale 460, Succ. Westmount
Westmount QC H3Z 2T6

Pour tout renseignement additionnel, n'hésitez pas à communiquer
avec notre service à la clientèle aux numéros suivants :

Région de Montréal : (514) 935-5444
Ext. Montréal : 1 800 363-6217
Télécopieur : (514) 935-1147