

Policyholder's name : **UNION DES AGENTS DE SÉCURITÉ DU QUÉBEC - SYNDICAT DES MÉTALLOS, SECTION LOCALE 8922 (FTQ)**

Employee's Last name \_\_\_\_\_ First name \_\_\_\_\_

Policy no.      Division no.

Date of birth       Sex :  M  F Social insurance number

Security agency name: \_\_\_\_\_ Employee's number : \_\_\_\_\_

Is this your first claim with Industrial Alliance :  Yes  No

**EMPLOYEE'S STATEMENT**

**COORDINATION OF BENEFITS**

**IMPORTANT NOTE:**

Under the coordination of benefits clause of your plan, if your spouse participates in a medical expenses reimbursement program, the medical expenses incurred by your spouse must first be submitted to his/her insurer. You may subsequently submit a request for the balance, if applicable.  
The expenses incurred by insured dependent children must be submitted to the plan of the parent whose birthday comes first during a calendar year.

Is your spouse, if any, covered by an another group plan?  No  Yes, specify: \_\_\_\_\_

Name of insurance company \_\_\_\_\_ Policy no. \_\_\_\_\_ Coverage:  Individual  Family

Name of Spouse \_\_\_\_\_ Date of birth

**INSTRUCTIONS**

Attach the original receipts and keep a copy for income tax purposes and the coordination of benefits. The receipts will not be returned and they will be destroyed 60 days after receipt.

**AMBULANCE TRANSPORTATION (Enclose the receipt from the transportation service)**

Reason for ambulance transportation (Complete the section above in case of accident) \_\_\_\_\_  
Place of pick-up:  Home  Work  Other, specify \_\_\_\_\_

**MEDICAL EXPENSES (Enclose original of invoices or detailed receipts)**

Médication  Hospitalization  Ambulance  Paramedical care  Optical expenses  Orthopedic shoes  Other expenses

EMPLOYEE	SPOUSE	CHILDREN	SEX		18 AND OVER		GIVEN NAME	DATE OF BIRTH			CHILDREN 18 AND OVER	TOTAL AMOUNT
			M	F	STUDENT	no		yes	Y	M		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	_____	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	_____	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	_____	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	_____	_____ \$

Expenses following an accident?  No  yes **Total** \_\_\_\_\_ \$

Nature of accident:  Work  Motorized vehicle  Crime victim  Other

Date of accident       Place of accident \_\_\_\_\_

I hereby certify that the information given is true and complete, to the best of my knowledge, and that all expenses were incurred by me or my dependents for the exclusive use of the above-mentioned person. I authorize the release of all information requested concerning this request to the insurer and I authorize « Burrows, courtiers d'assurances » to proceed to the payment of my medical claims expenses.

Signature of employee **X** \_\_\_\_\_ Date

Address \_\_\_\_\_ Tel. ( )

App \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Postal code

**ADMINISTRATOR'S STATEMENT (FOR OFFICE USE ONLY)**

Employee: \_\_\_\_\_ Effective date

Authorized Representative \_\_\_\_\_ Date

Class no.

Nom du titulaire du contrat : **UNION DES AGENTS DE SÉCURITÉ DU QUÉBEC - SYNDICAT DES MÉTALLOS, SECTION LOCALE 8922 (FTQ)**

Nom de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

N° de police 

2	3	5	3	6
---	---	---	---	---

 N° de compte 

0	0	1
---	---	---

Date de naissance 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Sexe :  M  F N° d'assurance sociale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agence de Sécurité : \_\_\_\_\_ N° de salarié : \_\_\_\_\_

Est-ce une première demande auprès d'Industrielle Alliance :  OUI  NON

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E)**

**COORDINATION DES PRESTATIONS**

**NOTE IMPORTANTE -**

En vertu de la clause de coordination des prestations de votre régime, si votre conjoint(e) participe à un programme de remboursement des frais médicaux, les frais engagés par votre conjoint(e) doivent d'abord être soumis à son assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde.

Les frais engagés par les enfants à charge assurés doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Votre conjoint(e), s'il y a lieu, est-il (elle) couvert(e) par un autre contrat d'assurance collective?  Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_ Protection :  Individuelle  Familiale

Nom du (de la) conjoint (e) \_\_\_\_\_ Date de naissance 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**INSTRUCTIONS**

Joindre l'original de vos reçus et en conserver une copie pour usage fiscal et coordination des prestations. Les reçus ne sont pas retournés et ils seront détruits 60 jours après leur réception.

**TRANSPORT EN AMBULANCE (Joindre le reçu du service de transport ambulancier.)**

Raison du transport ambulancier (si à la suite d'un accident, remplir le rapport ci-après) \_\_\_\_\_

Lieu de la prise en charge :  Maison  Travail  Autre, préciser \_\_\_\_\_

**FRAIS MÉDICAUX (Joindre les originaux des factures ou des reçus détaillés.)**

Médicaments  Hospitalisation  Ambulance  Soins paramédicaux  Frais optiques  Chaussures orthopédiques  Autres frais

EMPLOYÉ(E) CONJOINT(E) ENFANT	SEXE	18 ANS ET PLUS		PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ENFANT DE 18 ANS ET PLUS Nom de l'établissement scolaire fréquenté ou de l'employeur	MONTANT TOTAL										
		ÉTUDIANT(E)															
	M F	non	oui		A M J												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											_____	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											_____	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											_____	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											_____	_____ \$
S'agit-il de frais engagés à la suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui							<b>Total</b>	_____ \$									

Nature de l'accident :  Travail  Véhicule motorisé  Victime d'acte criminel  Autre

Date de l'accident 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

Je certifie par les présentes que tous les renseignements fournis sont exacts et complets, au meilleur de ma connaissance, et que toutes les dépenses ont été engagées par moi-même ou par mes personnes à charge pour l'usage exclusif de la personne mentionnée. J'autorise également la communication de tous renseignements demandés relativement à la présente demande à l'assureur et j'autorise « Burrowes, courtiers d'assurances » à procéder au paiement de mes réclamations pour frais médicaux.

Signature de l'employé(e) **X** \_\_\_\_\_ Date 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse \_\_\_\_\_ Tél maison ( ) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

App \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code postal 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME (À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT)**

Employé(e) \_\_\_\_\_ Date d'adhésion 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de catégorie 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signataire autorisé \_\_\_\_\_ Date 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--