

## 1. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Comme indiqués sur votre attestation d'assurance

N° de groupe	N° d'identification
--------------	---------------------

ou

N° de police
--------------

Nom	Prénom
-----	--------

Cochez toutes les cases appropriées

Cette demande de prestation vise :  adhérent  conjoint(e)  enfant(s)

Remplir cette section seulement si vos coordonnées ont changé

NOUVELLE ADRESSE SEULEMENT		
N°, rue	Appartement	
Ville	Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Téléphone (cellulaire)

## IMPORTANT

- ➔ Veuillez joindre vos **reçus originaux** à ce formulaire et les retourner à l'adresse indiquée en haut du formulaire.
- ➔ Conservez des copies de vos reçus, car les originaux **ne vous sont pas retournés**.
- ➔ Vous devez soumettre votre demande de prestation **au plus tard 12 mois après la date** à laquelle les frais ont été engagés et les services rendus.
- ➔ Pour accélérer le traitement de votre demande, il est nécessaire de nous fournir **tous les renseignements demandés**.

Les frais réclamés avec cette demande de prestation résultent-ils :

- d'un **accident de travail** ?  Oui  Non  
 d'un **accident d'automobile** (comme défini par la SAAQ) ?  Oui  Non

**Si oui**, vous devez **d'abord** présenter votre demande de prestation à la **CSST** ou à la **SAAQ**.

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne accidentée

\_\_\_\_\_  
Date de l'accident (AAAA/MM/JJ)

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE – Remplir cette section si vous réclamez pour une personne à charge

Conjoint/  
conjointe

Nom

Prénom

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Enfants à charge Nom et prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Étudiant à temps plein	À remplir dans le cas d'une demande de prestation pour un enfant de plus de 17 ou 20 ans, selon votre contrat d'assurance collective	
			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		

La Capitale assureur de l'administration publique inc. se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

## 3. FRAIS RÉCLAMÉS

Veuillez consulter votre brochure afin de connaître les frais admissibles. Joindre les originaux de vos reçus.

	Frais de médicaments	Autres frais	TOTAL
Montant total de vos reçus	\$	\$	\$

## 4. COORDINATION DES PRESTATIONS – Remplir cette section si les frais engagés sont couverts par le régime d'un autre assureur

Comment faire une demande de prestation lorsqu'il y a deux assureurs :

- votre conjoint ou conjointe doit d'abord présenter sa demande de prestation à son assureur et fournir ensuite à La Capitale assureur de l'administration publique inc. le détail des prestations versées ainsi que les photocopies des reçus ;
- dans le cas d'une demande de prestation pour un enfant à charge, elle doit être envoyée à l'assureur du parent dont l'anniversaire est le plus tôt durant l'année.

Type de protection :  individuelle  couple  monoparentale  familiale

Nom de l'assureur

Date de début de l'assurance (AAAA/MM/JJ)

## 5. COMPTE SANTÉ – Remplir cette section si cette protection est indiquée sur votre carte de services

Désirez-vous que la partie non remboursée des frais engagés soit reportée à votre compte santé ?  Oui  Non

## 6. DÉPÔT DIRECT – Remplir cette section si vous désirez vous inscrire ou modifier votre compte

La Capitale assureur de l'administration publique inc. privilégie le remboursement des frais par dépôt direct. C'est un **moyen sûr, simple et rapide** de recevoir vos prestations **sans intermédiaire**. Pour vous inscrire ou modifier votre compte, **veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « annulé » ou tout autre document acceptable.**

- J'autorise La Capitale assureur de l'administration publique inc. à déposer mes prestations de soins de santé dans mon compte bancaire figurant sur le document ci-joint.
- Modification au compte de dépôt direct, si déjà inscrit.

X

Signature de l'adhérent

Date (AAAA/MM/JJ)

## 7. DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

- Je déclare que les renseignements compris dans cette demande sont complets et véridiques. J'autorise toute personne visée par cette demande à révéler à La Capitale assureur de l'administration publique inc. tout renseignement pertinent.

X

Signature de l'adhérent

Date (AAAA/MM/JJ)