

NOUVELLE ADRESSE*

NOM _____

ADRESSE _____

_____ CODE POSTAL _____

*NOUVELLE ADRESSE : TELLE QUE FOURNIE À VOTRE UNITÉ RESSOURCES HUMAINES À HYDRO-QUÉBEC SI VOUS ÊTES UN EMPLOYÉ, OU AU CENTRE D'APPELS RETRAITE ET ASSURANCES (CARA) SI VOUS ÊTES UN RETRAITÉ.

NOM DE L'ADHÉRENT	N° DE CONTRAT	N° DE SECTION	N° DE CERTIFICAT
	000068	021	

IMPORTANT

- * VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET Y JOINDRE LES ORIGINAUX DE VOS FACTURES ET REÇUS DÉTAILLÉS. CES DOCUMENTS NE VOUS SERONT PAS RETOURNÉS, VEUILLEZ DONC EN CONSERVER DES COPIES POUR FINS DE VÉRIFICATION.
- * VEUILLEZ SOUMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT DANS LES DOUZE (12) MOIS DE LA DATE À LAQUELLE LES FRAIS ONT ÉTÉ ENGAGÉS (SAUF SI UN AVIS CONTRAIRE EST STIPULÉ AU CONTRAT).

LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS COUVERTS PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE? OUI NON

VOTRE CONJOINT DÉTIENT-IL UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE? OUI NON

SI OUI _____

N° DE CONTRAT NOM DE L'ASSUREUR

N.B. : LE CONJOINT QUI EST COUVERT PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE DOIT PRÉSENTER SA DEMANDE DE RÈGLEMENT À CET ASSUREUR EN PREMIER, FOURNIR ENSUITE À CROIX BLEUE LE RELEVÉ DE PAIEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE COPIE DES REÇUS SOUMIS À SON ASSUREUR. LES DEMANDES DE RÈGLEMENT RELATIVES AUX ENFANTS COUVERTS PAR LES DEUX PARENTS, DOIVENT D'ABORD ÊTRE PRÉSENTÉES À L'ASSUREUR DU PARENT (PÈRE OU MÈRE) DONT L'ANNIVERSAIRE DE NAISSANCE ARRIVE EN PREMIER DANS L'ANNÉE CIVILE.)

SI VOUS RÉCLAMEZ POUR UN ENFANT À CHARGE ÂGÉ DE 21 ANS ET PLUS, VEUILLEZ NOUS FOURNIR LES INFORMATIONS SUIVANTES										
NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT	SESSION			TEMPS PLEIN	
		JJ	MM	AA		AUTOMNE	HIVER	ÉTÉ	OUI	NON

J'atteste par la présente que les dépenses soumises ont été engagées par suite d'une maladie ou d'un accident et que mes déclarations sont complètes et véridiques.

Si cette demande de règlement est soumise au nom de mon conjoint ou de mes personnes à ma charge, je confirme que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

J'autorise la Croix Bleue à recueillir et utiliser tous les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande et aux fins d'administration du régime.

J'autorise toute personne ou toute organisation, y compris les fournisseurs de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale détenant des renseignements pertinents ayant trait à la présente demande, à divulguer et à échanger les renseignements demandés par la Croix Bleue ou ses représentants.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels, qu'ils sont protégés et qu'ils sont utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils sont fournis.

Je conviens qu'une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est tout aussi valide que l'original.

Signature _____ Date _____

Une photocopie de cette autorisation est tout aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.