



Please see back page of this form for addresses.

NATIONAL CLAIM FORM

EMPLOYEE INFORMATION

Identification Number: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_
Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_
Address: \_\_\_\_\_
City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_
Daytime Telephone Number: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

COORDINATION OF BENEFIT

Are any benefits or services being claimed available to you or your dependents from any other group insurance, WCB or Government Plan? [ ] Yes [ ] No

If Yes, complete the following:

Name of other Insurer: \_\_\_\_\_ Cardholder Name: \_\_\_\_\_
Identification Number: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_
Effective Date: \_\_\_\_\_ Term Date: \_\_\_\_\_

Please indicate (✓) type of coverage:

- [ ] Hospital [ ] Extended Health [ ] Dental [ ] Eye Wear [ ] Drugs [ ] Travel [ ] All

Table with 3 main columns: Name of Person(s) insured under other policy, Spouse / Dependent, Date of Birth (Day, Month, Year). Contains 5 empty rows.

If student, provide Name of Institution: \_\_\_\_\_

School Term: \_\_\_\_\_

OTHER INFORMATION

Is this claim due to an accident? [ ] Yes [ ] No (If No, move to "Claim Information")

If Yes, please complete the following:

- Did the accident happen as a result of an automobile accident? [ ] Yes [ ] No
- Did the accident happen while you were at work? [ ] Yes [ ] No
If Yes, has Worker's Compensation been advised? [ ] Yes [ ] No File No.: \_\_\_\_\_

If Yes to any of the above, please complete the following:

- Date of the accident: \_\_\_\_\_ Location of the accident: \_\_\_\_\_

Brief description of the accident: \_\_\_\_\_

- Has a claim been made to recover damages from the responsible person(s)? [ ] Yes [ ] No

If Yes, please indicate claim number: \_\_\_\_\_

If No, do you intend to make a claim against the responsible person(s)? [ ] Yes [ ] No



## DEMANDE D'INDEMNISATION NATIONALE

Voir le verso pour les adresses.

### RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone le jour : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

### COORDINATION DES PRESTATIONS

Parmi les produits et services demandés pour vous ou les personnes à votre charge, certains sont-ils offerts par d'autres assurances collectives, par une commission des accidents du travail ou par un régime gouvernemental?  Oui  Non

**Dans l'affirmative, répondez aux questions qui suivent :**

Nom de l'autre assureur : \_\_\_\_\_ Titulaire de carte : \_\_\_\_\_  
 Numéro d'identification : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_  
 Date d'effet : \_\_\_\_\_ Date de résiliation : \_\_\_\_\_

**Veillez préciser le type de couverture (✓).**

- Hôpital       Soins de santé complémentaires       Soins dentaires       Soins de la vue  
 Médicaments       Protection-voyage       Tous

Nom de la ou des personnes assurées en vertu de l'autre police	Conjoint(e) / Personne à charge	Date de naissance		
		Jour	Mois	Année

S'il s'agit d'un étudiant, précisez le nom de l'établissement fréquenté. \_\_\_\_\_  
 Semestre : \_\_\_\_\_

### AUTRES RENSEIGNEMENTS

Cette demande fait-elle suite à un accident?  Oui  Non **(Si non, passez à la section « Renseignements sur la demande d'indemnisation ».)**

**Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :**

- S'agit-il d'un accident de la route?  Oui  Non  
 - S'agit-il d'un accident de travail?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, avez-vous informé la commission des accidents du travail?  Oui  Non N° de dossier : \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à ces questions, veuillez répondre aux questions suivantes :**

- Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_  
 Brève description de l'accident : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Une demande en dommages-intérêts a-t-elle été présentée à un tiers?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le numéro de la demande : \_\_\_\_\_

- Si non, avez-vous l'intention de présenter une demande à un tiers?  Oui  Non

