

## DEMANDE DE RÈGLEMENT DE FRAIS

### A remplir par le demandeur

Titulaire de la police	Numéro de la police	Classe (si applicable)
Nom de l'assuré	Adresse e-mail	
Nom du demandeur (autre que ci-dessus)	Lien de parenté avec l'assuré	
Adresse	Téléphone	

**1)** Le demandeur est-il couvert par un autre régime d'assurance médicale ? (régime du conjoint, régime d'assurance-maladie du gouvernement, etc.)

**NON**

Nom de l'assuré

Numéro de la police

**OUI**

**2)** Parmi les frais encourus, y en a-t-il qui sont le résultat d'un accident?

**NON**

**OUI**

Si oui, veuillez préciser la date, le lieu et les circonstances de l'accident :

---

---

---

**3)** Veuillez fournir/diagnostique pour chaque facture jointe :

Date de la visite	Montant	Diagnostique/Condition/Maladie

4) Le demandeur a-t-il déjà connu un état identique ou du même genre?

NON

OUI

Si oui, décrire et indiquer la date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) Voulez-vous un chèque ou virement électronique? Cheque  Dépôt direct  Virement télégraphique

**En cas de dépôt direct :**

Nom de la banque \_\_\_\_\_ Numéro de banque \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale \_\_\_\_\_ Numéro transitaire \_\_\_\_\_

Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_

**En cas de virement télégraphique :**

Nom de la banque \_\_\_\_\_ Code BIC (Code SWIFT) \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale \_\_\_\_\_

Numéro de compte \_\_\_\_\_ Devise du compte \_\_\_\_\_

Nom du demandeur \_\_\_\_\_ Numéro de compte (IBAN) \_\_\_\_\_

Adresse du titulaire du compte \_\_\_\_\_

**Signature et autorisation**

Joindre toutes les factures originales avec ce formulaire, et retourner à : Sutton Special Risk. J'autorise la divulgation de tous les renseignements demandés par l'assureur ou ses agents relatifs à la présente demande de règlement et j'affirme que les renseignements fournis ici sont véridiques, exacts et complets, au meilleur de ma connaissance.

Signature du demandeur

Date