



La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.  
Édifice Le Delta 3, 2875, boulevard Laurier  
Bureau 400, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?  
Appelez-nous au 418 644-4200 ou au 1 800 463-4856.  
Une version imprimable de ce formulaire est disponible dans le site Internet de La Capitale à l'adresse [lacapitale.com/formulaires](http://lacapitale.com/formulaires)

## IMPORTANT

- 
 Veuillez joindre vos **reçus originaux** à ce formulaire et les retourner à l'adresse suivante :  
 La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.  
 Édifice Le Delta 3, 2875, boulevard Laurier  
 Bureau 400, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
- 
 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.
- Si des renseignements ne sont pas fournis ou sont inexacts, le traitement de cette réclamation sera retardé et elle pourra vous être retournée.

## 1. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Comme indiqués sur votre attestation d'assurance

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

Cochez toutes les cases appropriées

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

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

Homme  Femme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse de domicile

N° rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) \_\_\_\_\_

Cochez s'il s'agit d'une **nouvelle adresse** depuis votre dernière demande de prestation.

**IMPORTANT** 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) \_\_\_\_\_

### 3. 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		
			Nom de l'établissement scolaire	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"/>			

**IMPORTANT**

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. se réserve le droit de vérifier le statut d'étudiant auprès de l'établissement scolaire.

### 4. FRAIS RÉCLAMÉS

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

**IMPORTANT:**  
Les originaux ne vous  
sont pas retournés

	Frais de médicaments	Frais d'appareils et d'équipements	Frais médicaux et paramédicaux	Frais de soins oculaires	TOTAL
Montant total de vos reçus	\$	\$	\$	\$	\$

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

**Comment faire une réclamation lorsque votre conjoint possède aussi une assurance :**

- votre conjoint doit d'abord présenter sa demande de prestation à son assureur et fournir ensuite à La Capitale assurances et gestion du patrimoine 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.

Nom de l'assureur

N° de police

Type de protection :  individuelle  couple  monoparentale  familiale

### 6. COMPTE SANTÉ – Remplir cette section si vous êtes titulaire d'un compte santé selon votre contrat d'assurance collective

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

### 7. AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. privilégie le remboursement des frais par dépôt direct. C'est un **moyen sûr, simple et rapide** de recevoir vos prestations **sans intermédiaire**. Si vous n'êtes pas déjà inscrit au paiement direct, **remplissez la section suivante pour vous inscrire.**

- J'autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. à déposer mes prestations de soins de santé dans mon compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint ou du compte bancaire ci-après identifié.
- Modification au compte de dépôt direct, si déjà inscrit.

X

Signature de l'adhérent

Date (AAAA/MM/JJ)

**IMPORTANT**

Veillez joindre un spécimen de chèque de l'institution désignée portant la mention « NUL » ou remplissez les cases suivantes :

Transit

Numéro d'institution

Compte

### 8. 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 assurances et gestion du patrimoine inc. tout renseignement pertinent.

X

Signature de l'adhérent

Date (AAAA/MM/JJ)

La forme masculine utilisée dans ce document est à seule fin d'alléger le texte et désigne aussi bien les hommes que les femmes.