

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

Name of Person(s) insured under other policy	Spouse / Dependent	Date of Birth		
		Day	Month	Year

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

