

RÉGIME MÉDICAL DES MARINS

1333 RUE ST-JACQUES - 2^e ÉTAGE
 MONTRÉAL QC H3C 4K2
 TÉL. : (514) 931-7859
 FAX : (514) 931-3667



Ce formulaire doit être rempli lorsque vous réclamez pour des frais d'hospitalisation, frais médicaux, soins dentaires, lunettes ou verres de contact.

Joignez vos factures ou reçus originaux (ou Demande d'indemnisation des soins dentaires).

DÉCLARATION DU MARIN

NOM DU MARIN		N° D'UNION	DATE DE NAISSANCE		
			JOUR	MOIS	ANNÉE
No D'ASSURANCE SOCIALE	N° D'ASSURANCE MALADIE	ADRESSE			APP.
N° TÉL. ()		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
NOM DE LA COMPAGNIE		NOM DU DERNIER NAVIRE		CLASSIFICATION	
NOM DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE		DATE DE NAISSANCE		LE/LA CONJOINT(E) DU MARIN EST-IL(ELLE) MARIN AUSSI? SI OUI, SON N° D'UNION	
		JOUR	MOIS	ANNÉE	
NOMS DES ENFANTS À CHARGE MOINS DE 18 ANS OU INVALIDES DE FAÇON PERMANENTE				DATE DE NAISSANCE	
				JOUR	MOIS
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

INSCRIVEZ TOUS VOS ENFANTS À CHARGE, MÊME S'ILS NE SONT PAS VISÉS PAR CETTE RÉCLAMATION.

INDIQUEZ L'OBJET DE LA RÉCLAMATION ET POUR QUI VOUS RÉCLAMEZ :

GENRE DE RÉCLAMATION (Exemple : lunettes)	NOM (Exemple : Annie, fille)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si l'une ou l'autre des réclamations vise le/la conjoint(e) du marin, est-il/elle couvert(e) par une autre assurance?

- OUI NON Genre de réclamation : _____
- OUI NON Genre de réclamation : _____
- OUI NON Genre de réclamation : _____

Si «oui», la réclamation doit d'abord être soumise à l'autre régime d'assurance. Le Régime d'assurance des marins peut couvrir toute partie non payée sur présentation de la preuve du montant payé par l'autre régime d'assurance.

J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE TOUTES LES INFORMATIONS CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES, EXACTES ET COMPLÈTES ET QUE LES DOCUMENTS SOUMIS SONT AUTHENTIQUES. S'IL S'AVÉRAIT QUE LESDITS DOCUMENTS SOUMIS EN MON NOM AIENT ÉTÉ FALSIFIÉS, JE RECONNAIS QUE JE POURRAIS FAIRE L'OBJET D'UNE SUSPENSION DE PRESTATIONS.

SIGNATURE DU MARIN OU DU CONJOINT

DATE