



103, 8411, 200ième rue
Langley, CB V2Y0E7
Téléphone: (604)888-0050
Sans frais: 1(800)993 6388
Télécopieur: (604)888-1008
Ou international : 001(604)888-1008
Courriel: claims@sports-can.ca

Une division de Sports-Can Insurance Consultant

DEMANDE DE PRESTATIONS

Nom du souscripteur _____ Numéro de police _____

Nom de l'assuré _____ Homme/Femme _____ Date de naissance (année/mois/jour) _____

Nom du demandeur (si autre que la personne ci-haut mentionnée) _____ Lien de parenté avec l'assuré (si pertinent) _____

Pour une personne mineure, veuillez nous donner le nom au complet du parent ou du tuteur légal (lien de parenté) _____

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____ Province/ État _____ Pays _____

Date de la perte (Veuillez noter que tous les reçus des médicaments doivent avoir le nom du patient, le nom des médicaments ainsi que le numéro d'identification du médicament (DIN). Les reçus médicaux ou paramédicaux doivent indiquer le nom et l'adresse du fournisseur, les dates de visite ainsi que les coûts détaillés. Vous devez aussi nous fournir la référence du médecin).

Veuillez expliquer en détail comment la perte s'est produite

La nature des blessures

Nom du dentiste ou du médecin

Adresse _____ App. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Est-ce que le demandeur est couvert par un autre régime d'assurance? (incluant couverture médicale du gouvernement / couverture d'assurance avec le conjoint) _____ Nom de l'assureur _____

SVP veuillez compléter ce formulaire en entier en répondant à toutes les sections et veuillez nous envoyer les reçus originaux à l'adresse ci-haut mentionnée. Si vous êtes dans un endroit où des retards postaux peuvent survenir, SVP veuillez nous envoyer votre demande et vos reçus par télécopieur ou par courriel et par la suite, de nous faire parvenir le plutôt possible les originaux.

Les consultants en assurance Special Risk International – Une division de Sports-Can Insurance

J'autorise la divulgation de tout renseignement qui pourrait être demandé par l'assureur ou son courtier au sujet de cette réclamation et je certifie que l'information fournie est exacte et qu'elle a été donnée selon le meilleur de mes connaissances.

Signature du demandeur ou tuteur légal

Date