

Régime Médical des Marins

200 – 3131 Pittfield Blvd.
Saint-Laurent, QC H4S 1N3

TEL.: (514) 931-7859 Ext 227



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
N° DE RÉFÉRENCE	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	ANNÉE
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