

Directives**Remplir le formulaire**

1. Joindre les originaux des factures à la demande. Les originaux ne seront pas retournés.
2. Respecter les délais prévus au contrat.

Transmettre le formulaire

1. Par l'Espace client, disponible sur beneva.ca
2. Par la poste : C.P. 11051, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 0K1

Service à la clientèle

- 1 888 235-0606
2. Section *Nous joindre* de l'Espace client

1. Identification de la personne adhérente

Numéro de groupe	Numéro de certificat/identifiant	Courriel
Nom		Prénom
Adresse (N°)	Rue	App.
Ville	Province	Code postal
		Téléphone

2. Identification du patient

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté								
		<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Personne conjointe <input type="checkbox"/> Enfant à charge
A	A	A	A	M	M	J	J					
		<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> Personne conjointe <input type="checkbox"/> Enfant à charge
A	A	A	A	M	M	J	J					

3. Autre couverture d'assurance maladie

Les frais engagés sont-ils couverts par une autre assurance ? Non Oui

Si oui → Nom de l'assureur : _____

Type de protection : Familiale Individuelle Monoparentale Couple

4. Frais consécutifs à un accident

Les frais engagés sont-ils consécutifs à un accident ? Non Oui

Si oui → Quel type d'accident ? Travail Route Autre : _____

Nom de la personne accidentée : _____ Date de l'accident :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

5. Compte santé

Désirez-vous utiliser votre Compte santé pour la portion impayée des frais réclamés ? Non Oui

6. Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre [Énoncé de confidentialité au beneva.ca](http://beneva.ca).

7. Déclaration

J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, professionnel en réadaptation, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou services sociaux, organisme privé, public ou parapublic, assureur ou réassureur, employeur ou ancien employeur, titulaire de police, agence de renseignements ou toute autre personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels à mon sujet, tels que des renseignements médicaux nécessaires à l'administration de ma demande de prestations, à les communiquer à Beneva inc. Je reconnaissais avoir obtenu le consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels par Beneva inc. de la part des autres personnes visées par cette demande, le cas échéant.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

X

Signature

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date