



# 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@srin.ca](mailto:claims@srin.ca)

## 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'assuré
_____	_____

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.

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