

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

**INSTRUCTIONS**

**Important :** Ce formulaire est utilisé par les employés pour toute soumission de demande de règlement au titre de remboursement médical. Le fait de fournir le formulaire ne crée aucun engagement de la part de l'employeur et de GPM.

1. COMPLÉTER LES SECTIONS DÉCLARATION DU PARTICIPANT ET PIÈCES JUSTIFICATIVES DES FRAIS.
2. AGRAFER TOUTES LES FACTURES ORIGINALES À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT.
3. SIGNER ET DATER LE FORMULAIRE.

**DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

Nom du groupe

Nom(s) de famille du participant / Prénom(s) du participant

Date de naissance (j/m/a)

Adresse (N° civique, rue, ville, province, code postal)

Téléphone

Adresse de courriel du participant

Nom(s) et prénom(s) de votre conjoint(e) s'il y a lieu

Date de naissance - Conjoint(e) (j/m/a)

Avez-vous droit à des indemnités au titre d'autres assurances collectives ?

Non  Oui

Cette demande concerne-t-elle un enfant à charge de moins de 26 ans ?

Non  Oui

**Pièces justificatives des frais**

Nom(s) de famille / Prénom(s)

Lien(s) avec le participant

Date de naissance (j/m/a)

# de reçus

**TOTAL** de tous les frais  
faisant l'objet de la demande

Nombre de reçus correspondant  
au **TOTAL** des frais  
faisant l'objet de la demande

**DÉCLARATION ET AUTORISATION**

En soumettant votre demande, vous confirmez que les informations fournies sont exactes, précises et véritables. Toute information fautive pourra résulter en un rejet de votre demande de règlement. Vous autorisez GPM et ses mandataires à : (i) Faire enquête auprès de tous fournisseurs de services ou de biens et obtenir toutes informations relatives aux services fournis et biens vendus; (ii) Procéder à la collecte d'informations concernant la demande de remboursement ou la réclamation; (iii) Obtenir, utiliser et divulguer des renseignements personnels vous concernant ou concernant les personnes visées à votre demande, nécessaires à sa vérification diligente afin d'en déterminer la véracité. Notez que nous partagerons les informations relatives à une fausse déclaration ou demande frauduleuse aux autorités compétentes ainsi qu'au Titulaire du régime. Vous acceptez aussi que la personne à qui la demande d'information est adressée réponde aux questions soumises pour la vérification de votre demande et notre enquête.

**SIGNATURE DU PARTICIPANT**

Date (j/m/aaaa)