D.A. TOWNLEY & ASSOCIATES LTD.
101 - 4190 LOUGHEED HWY., BURNABY, BC V5C 6A8
TEL : (604) 299-7482 FAX : (604) 299-8136
SANS FRAIS : 1-800-663-1356 www.datownley.com

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU

NO. D'INSCRIPTION

RÉCLAMATION GARANTIE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Lorsque la somme des reçus accumulés excède le montant de la franchise, complétez le formulaire, joindre les reçus et faites parvenir à :
D.A. Townley & Associates Ltd.
101 - 4190 Lougheed Hwy, Burnaby, BC V5C 6A8
Veuillez soumettre les reçus de façon régulière de façon à éviter les retards dans le traitement.

No de police	Numéro d'identité/certificat	
Nom et prénom du membre		
Adresse du membre	Ville	Code postal
Nom de l'employeur ou du syndicat		

DRESSEZ LA LISTE DES DÉPENSES ENCOURUES CI-DESSOUS, EN LES REGROUPANT PAR ASSURÉ ET EN ODRE CHRONOLOGIQUE
Nous exigeons les reçus originaux. Lorsqu'il s'agit d'un cas de protection double, faites parvenir la déclaration de paiement de l'autre assureur ainsi que les photocopies des reçus originaux.
***VEUILLEZ NOTER : Les reçus ne seront pas rendus. Veuillez en conserver une copie au besoin.**

Nom (Employé ou Personne à charge assurée)	Lien avec l'employé	Date de naissance an/m/jour	Date d'achat an/m/jour	Médicament/Service Fourni	Numéro d'identification du medicament de la prescription	Montant Facturé
						$

Espace additionnel au verso

REMARQUE : Vous devez fournir la date de naissance de toutes les personnes à charge (conjoint et enfants). Si la personne à charge a plus de 21 ans, veuillez indiquer l'école qu'elle fréquente.

École : _____

_____ Plein temps _____ Temps partiel

Y-a-t-il une autre protection ou d'autres services fournis en vertu d'un autre régime d'assurance ou d'un régime d'assurance santé complémentaire?

☐ ***OUI*** ☐ ***NON***

Si "Oui" indiquez :

No de police : _____ **Nom de l'assureur :** _____

Nom de l'assuré : _____ **Numéro d'identité/certificat :** _____ **Date de naissance** (j/m/a) : _____

Y-a-t-il parmi les dépenses mentionnées ci-dessus, une dépense encourue suite à un accident d'automobile/sinistre WCB? ☐ ***OUI*** ☐ ***NON***

Si "Oui", veuillez préciser et expliquer : _____

Je comprends que D.A. Townley & Associates Ltd. recueille les renseignements personnels pour déterminer l'admissibilité aux prestations; pour établir et verser le montant de la prestation, pour déterminer le coût et faire la gestion des prestations, ainsi que pour répondre aux exigences contractuelles et réglementaires se rapportant auxdites prestations ainsi qu'aux services connexes. Je permets la divulgation des renseignements fournis au présent formulaire ou à tout document qui y est joint afin de déterminer mon admissibilité à une prestation et pour fins d'analyse statistique.

* Signature du membre : _____ Date : _____

Nom (Employé ou Personne à charge assurée)	Lien avec l'employé	Date de naissance an/mo/jour	Date d'achat an/mo/jour	Medicament/Service Fourni	Numéro d'identification du medicament de la prescription	Montant Facturé
						$

Veuillez compléter le verso de ce formulaire AU COMPLET et faites parvenir avec les reçus originaux à :

D.A. TOWNLEY & ASSOCIATES LTD.

101 - 4190 Lougheed Hwy.
Burnaby BC V5C 6A8
www.datownley.com