Retourner ce formulaire à :

Formulaire de demande de remboursement de frais encourus (OCF-6)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1er janvier 1994.

Nº de demande :	
Nº de police :	
Date de l'accident: (AAAAMMJJ)	

Vous pouvez réclamer le remboursement d'un montant raisonnable et nécessaire de frais encourus suite à votre accident et qui ne font l'objet d'aucun remboursement d'autre source. Ces dépenses comprennent les coûts de soins médicaux et de réadaptation, de droits de scolarité perdus, de personne soignante, de soins auxiliaires de travaux ménagers et d'entretien de la résidence, les frais de déplacement ainsi que le coût de remplacement de vêtements perdus ou endommagés, prothèses auditives, etc. Veuillez joindre en annexe toutes les factures ou reçus correspondants.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom	Prénom et initiale				Sexe ☐ M ☐ F
Adresse					
Ville		Province			Code postal
Date de naissance (année mois jour)		Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional

Partie 2 Frais encourus

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Veuillez joindre toutes les factures ou reçus. Si une pièce est manquante, expliquez pourquoi. Si vous avez besoin de plus d'espace, ajoutez des pages en annexe.

Article	Date	Description du service et nom du fournisseur	Montant
		Montant total	

Partie 3 Signature

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Date (AAAAMMJJ)