

Télécopier ce formulaire au 506-853-5434 ou poster au Service de l'assurance collective, Assomption Vie, C.P. 160/770, rue Main, Moncton NB E1C 8L1 ou envoyer par courriel au collectif@assomption.ca				
À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT (ÉCRIRE LISIBLEMENT, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)				
Nom du participant		Numéro du groupe		Numéro du certificat (10 chiffres)
Nom du patient		Lien de parenté avec le participant <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre		
Adresse				
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone ()	Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ)
Par la présente, j'autorise tout médecin, tout hôpital, toute compagnie d'assurance, tout autre professionnel de la santé et Assomption Vie à échanger les renseignements en lien avec cette demande aux fins d'évaluation d'une exception aux règles de substitution, de l'évaluation des réclamations et de l'administration de mon régime de soins de santé. J'assume la responsabilité de tous frais engagés pour faire remplir ce formulaire. Une photocopie de la présente a la même valeur que l'original.				
Signature X				Date (AAAA/MM/JJ)
À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (ÉCRIRE LISIBLEMENT, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)				
Nom du médecin		Titre et compétences du médecin		Date (AAAA/MM/JJ)
Adresse			Signature du médecin X	
Ville	Province	Code postal	Téléphone ()	Télécopieur ()

LES FORMULAIRES INCOMPLETS RETARDERONT LE TRAITEMENT

IMPORTANT :

- Assurez-vous de soumettre un *Formulaire de déclaration des effets indésirables* de Santé Canada rempli avec ce formulaire *Demande Aucune Substitution*. Pour obtenir une copie du Formulaire de déclaration des effets indésirables, cliquez sur le lien suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/medeff/report-declaration/ar-ei_form-fra.pdf