



RÉVISION DE L'ADMISSIBILITÉ AUX PRESTATIONS

DEMANDE CONFIDENTIELLE

PAGE 1 DE 3

NOM DU MEMBRE

Prénom

Nom

DATE DE LA DEMANDE

JJ/MM/AAAA

NUMERO DE CERTIFICAT

123 4567 896 0

ADRESSE POSTALE

Adresse postale

Ville

Code postale

TÉLÉPHONE

(000) 000-0000

COURRIEL

exemple@exemple.com

AVEZ-VOUS PARLÉ À UN SPÉCIALISTE EN RÉCLAMATIONS DE CHEZ JOHNSON INC. ?

VEUILLEZ FOURNIR

OUI

Nom de la personne

Date de l'appel JJ/MM/AAAA

NON

Si vous n'avez pas encore discuté avec un spécialiste en réclamations de chez Johnson Inc. veuillez le faire avant de soumettre votre demande. On peut les joindre sans frais au 1-800-442-4428 ou au 506-454-4654 (région de Fredericton).

VEUILLEZ PRÉCISER LE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE POUR LAQUELLE VOUS SOUMETTEZ CETTE DEMANDE DE RÉVISION ?

ASSURANCE MALADIE

ASSURANCE DENTAIRE

ASSURANCE VOYAGE

AUTRE

VEUILLEZ EXPLIQUER BRIÈVEMENT, DANS L'ESPACE CI-DESSOUS, LA NATURE DE VOTRE DEMANDE, POURQUOI ELLE N'A PAS ÉTÉ REMBOURSÉE ET LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS INTERJETEZ APPEL DE LA DÉCISION :

VOTRE DEMANDE COMPLÉTÉE DOIT INCLURE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- Demande de révision de l'admissibilité aux prestations signée
- Demande de réclamation complétée
- Reçus originaux
- Copie de toute correspondance de Johnson Inc. concernant cette réclamation

VEUILLEZ FAIRE SUIVRE LE FORMULAIRE REMPLI À :

Coprésidents
Régime d'assurance collective de la FENB
650, rue Montgomery
Fredericton, NB E3B 5G2

AUTORISATION

J'autorise la collecte, l'utilisation et la divulgation de toutes informations requises par le Régime d'assurance collective de la FENB, Johnson Inc., la financière Manuvie et /ou Assistance Allianz Global pour traiter cette prestation.

Cette information est strictement confidentielle.

NOM LETTRE MOULÉ

Prénom

Nom

SIGNATURE

DATE

JJ/MM/AAAA