



## RÉVISION DE L'ADMISSIBILITÉ AUX PRESTATIONS

DEMANDE CONFIDENTIELLE

PAGE 1 DE 3

### NOM DU MEMBRE

Prénom

Nom

### DATE DE LA DEMANDE

JJ/MM/AAAA

### NUMÉRO DE CERTIFICAT

123 4567 896 0

### ADRESSE POSTALE

Adresse postale

Ville

Code postal

### 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. Vous pouvez 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 LEQUEL 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, LES RAISONS DU REFUS DE REMBOURSEMENT ET LES MOTIFS POUR LESQUELS 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 demande.

Cette information est strictement confidentielle.

**NOM EN LETTRES MOULÉES**

Prénom

Nom

**SIGNATURE**

**DATE**

JJ/MM/AAAA