

COMMENT SOUMETTRE UNE PREUVE DE COUVERTURE

INFORMATION REQUISE

Votre document doit clairement indiquer votre couverture pour des soins de santé et/ou dentaires, le nom de la compagnie d'assurances et le numéro de la police d'assurance. Votre preuve de couverture doit se rapporter à la portion du régime dont vous voulez vous retirer.

DOCUMENTS ACCEPTÉS

Une image du sommaire des prestations provenant du site Internet de la compagnie d'assurances.

Une copie d'un **certificat** ou d'une **carte**.

Une lettre du promoteur du régime (souvent l'employeur) ou de la compagnie d'assurances.

Les étudiants des Premières nations qui bénéficient de services offerts par Santé Canada peuvent fournir une copie de leur carte de statut.

C'EST FACILE DE SOUMETTRE VOS DOCUMENTS

DOCUMENTS ÉLECTRONIQUES

(sur le site d'une compagnie d'assurances)

Instructions pour PC

- 1 Fermez toute autre fenêtre ouverte. Vous pouvez ensuite utiliser le bouton d'impression d'écran pour **capturer une image** de la page décrivant votre couverture.
- 2 **Collez et sauvegardez** l'image dans un document **Word**. Vous pouvez aussi sauvegarder l'image au format **PDF** ou en **fichier image**, comme tiff, gif, jpeg ou png.

OU

Instructions pour Macintosh

- 1 Fermez toute autre fenêtre ouverte. Appuyez sur **Command, Shift et la touche du numéro 3 en même temps** pour effectuer une **capture d'écran** du sommaire de votre couverture.
- 2 Trouvez votre capture d'écran. Elle sera sauvegardée sur votre **bureau** sous la forme d'un fichier **image** avec la date et l'heure.

DOCUMENTS IMPRIMÉS

- 1 **Scannez** votre lettre/carte OU **prenez une photographie** avec une caméra numérique ou un téléphone intelligent.
- 2 Sauvegardez l'image au format **PDF**, **Word** ou en **fichier image**.

EXEMPLES DE PREUVES DE COUVERTURE

EXEMPLE D'UNE IMAGE WEB SOMMAIRE DE VOTRE COUVERTURE SUR LE SITE INTERNET DE VOTRE COMPAGNIE D'ASSURANCES

Date : 00/00/0000

Participant : **Nom complet**

Numéro de police : **00000000**

Votre couverture : **Assurance santé et/ou dentaire**

COMPAGNIE D'ASSURANCES

VOTRE EMPLOYEUR

NOM/LOGO DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES

NOM/LOGO DE L'EMPLOYEUR

COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ ET/OU DENTAIRE

VOTRE NOM

VOTRE NUMÉRO DE POLICE

OU

EXEMPLE D'UNE CARTE

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES

VOTRE COMPAGNIE D'ASSURANCES

Assurance santé et/ou dentaire

COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ ET/OU DENTAIRE

VOTRE NUMÉRO DE POLICE

Numéro de police 0000000

VOTRE NOM

Nom complet Date de naissance

OU

EXEMPLE D'UNE LETTRE

EN-TÊTE DE LETTRE DE L'EMPLOYEUR

Date

VOTRE NOM

Votre nom

À qui de droit :

Cette lettre confirme que **vous** possédez une **assurance santé et/ou dentaire** en tant qu'employé de **votre lieu de travail**. Notre assureur est **nom de la compagnie d'assurances** et notre numéro de police est **numéro de la police d'assurance**.

Bien à vous,

Signature de l'administrateur du régime

COORDONNÉES

Administrateur du régime
Nom de leur département
(Numéro de téléphone + poste)

COUVERTURE DE SOINS DE SANTÉ ET/OU DENTAIRE