

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

relative à l'assurance responsabilité professionnelle

Identification du professionnel

NOM	PRÉNOM	N° DU PROFESSIONNEL
-----	--------	---------------------

Contrat d'assurance

NUMÉRO DE CONTRAT	NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	CODE COMPAGNIE D'ASSURANCE	PÉRIODE DE LA COUVERTURE						MONTANT TOTAL DE LA PRIME (excluant les autres frais)
			DÉBUT			FIN			
			ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	

01- Assurance Encon Inc. 02- Soc. nat. de gestion d'assurance N.I.M., Inc. 03- Guardian Inc. (Encon) 04- N.I.M. (Encon)	05- Association canadienne de protection méd. 06- Gestas Inc. 07- La Prudentielle 08- Guardian du Canada	09- Binder 10- Lloyd's de Londres 11- Autre
--	---	--

Détail sur la prime payée

PÉRIODE						CODE D'ACTIVITÉ DE L'ACPM	NOM DE L'ACTIVITÉ ACPM	MONTANT DE LA PRIME PAYÉE POUR LA PÉRIODE (excluant les autres frais)
DÉBUT			FIN					
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR			
TOTAL								

Renseignements complémentaires

Signature du professionnel Joindre les pièces justificatives.

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande de remboursement sont exacts.	Signature	DATE
		ANNÉE MOIS JOUR

Faire parvenir les documents à l'adresse suivante :
 Régie de l'assurance maladie du Québec
 Case postale 500
 Québec (Québec) G1K 7B4