CHU de Québec Université Laval

ANNEXE 1

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES,
DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES

IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT (Lettres moulées)

Nom, prénom : Vous êtes : Choisir

Adresse : Choisir

Ville : No carte assurance maladie :

Province : C.P. : Date de naissance :

Tél.: Cell. : Courriel :

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT, S'IL Y A LIEU (Lettres moulées)

Nom, prénom : Lien avec le réclamant :

Adresse :

Ville : Tél. : Cell. :

Province : C.P. : Courriel :

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT (Lettres moulées)

BIEN PERDU OU ENDOMMAGÉ : Hôpital où l'événement s'est produit :

Choisir

DATE DE L'ÉVÈNEMENT :

UNITÉ DE SOINS OU SERVICES :

CIRCONSTANCES DE LA PERTE OU DU BRIS (Lettres moulées)

COÛT D'ORIGINE DU BIEN : DATE DE L'ACHAT :

COÛT OU ESTIMÉ - RÉPARATION OU REMPLACEMENT :

J'ATTESTE QUE LE BIEN RÉCLAMÉ N'EST PAS REMBOURSÉ PAR MON ASSURANCE NI PAR UNE AUTRE SOURCE ☐

Remettez ce formulaire dûment rempli ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES (Facture initiale, facture de remplacement ou de réparation) aux coordonnées suivantes :

reclamation@chudequebec.ca
fax: 418-691-2928

Le bureau des réclamations - Hôtel Dieu de Québec
11 côte du Palais, bureau K00-12
Québec, Qc. G1R 2J6

AVERTISSEMENT:
Ce formulaire contient des renseignements personnels vous concernant. Le CHU de Québec-Université Laval ne peut assumer la responsabilité d'une éventuelle fuite de données provenant de votre fournisseur Internet. En nous le transmettant par courriel, vous acceptez ce risque.