

AVIS IMPORTANT

Une demande de règlement dûment remplie et signée est essentielle même si vous n'avez rien déboursé. Votre régime public d'assurance santé couvre une partie des frais pour les soins médicaux que vous avez reçus lors de votre voyage. CanAssistance rembourse entièrement ces frais, mais elle doit les soumettre à votre régime provincial d'assurance.

Conformément aux conditions générales du contrat, en signant le formulaire, vous autorisez CanAssistance à :

- accéder à vos renseignements personnels et aux renseignements médicaux pertinents à l'analyse de votre demande de règlement;
- payer directement les fournisseurs de service lorsque les dépenses sont admissibles.

Tout défaut de retourner ce formulaire autorise CanAssistance à vous demander de rembourser les frais qui ont été payés en votre nom.

Faire une demande de règlement

Remplissez la demande de règlement et signez aux endroits désignés par un X.

- Si plusieurs assurés ont reçu des soins médicaux, chaque personne doit remplir un formulaire.
- La demande doit être signée par le bénéficiaire (la personne qui a reçu des services de santé). Si la demande concerne un assuré mineur, elle doit être signée par le titulaire de la police.



Joignez tous les documents suivants:

- Factures originales et détaillées pour tous les services de santé reçus, le diagnostic et le traitement doivent y figurer clairement.
- Reçus originaux pour les médicaments d'ordonnance indiquant le nom du médicament, la posologie et le prix.
- Preuve de paiement pour tous les frais réclamés, tel que la copie d'un relevé de carte de crédit ou une preuve de chèque encaissé indiquant la devise dans laquelle le service a été payé. À défaut de relevé, un reçu de transaction peut être accepté.
- Preuve des dates de votre départ et retour, tel qu'un billet d'avion, de train, une copie du passeport estampillé, un relevé bancaire ou de carte de crédit montrant des achats au Canada juste avant votre départ et immédiatement après votre retour.
- Tout autre document pertinent, tel que rapports médicaux, résultats de laboratoires, etc.



Nous vous recommandons de faire une copie de vos pièces justificatives pour vos dossiers, car ils ne vous seront pas retournés.



Transmettez les formulaires dûment remplis et vos documents numérisés via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux jusqu'à un an suivant le dépôt de la réclamation.

Vous pouvez également envoyer les documents originaux par la poste à :

CanAssistance
Service des Règlements Voyage
CP 3888, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3L7

Informations supplémentaires

Votre réclamation sera analysée dans les meilleurs délais suivant la réception des documents. Toutefois, certains aspects pourraient entraîner des retards dans le traitement de votre réclamation :

- toute demande incomplète ou des documents manquants;
- retard ou difficulté à obtenir une facture détaillée;
- retard ou difficulté à obtenir des renseignements médicaux.

Les dépenses admissibles sont remboursées en devise canadienne par chèque libellé au titulaire de la police. Si vous êtes couvert par plus d'une police d'assurance voyage, indiquez-le sur votre formulaire de réclamation. Nous ferons la coordination des bénéficiaires avec l'autre assureur au besoin.

Si vous recevez une facture, ne faites aucun paiement directement au fournisseur à moins d'instructions contraires de notre part. Veuillez nous envoyer toutes les factures reçues à l'adresse indiquée ci-dessus.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec nous au numéro d'assistance apparaissant sur votre carte d'assurance ou visitez notre site internet à l'adresse suivante : canassistance.com.

MARCHE À SUIVRE

- A. Inscrivez le nom de l'assureur et le numéro de contrat, certificat ou identification. Si disponible, indiquez le numéro de groupe ou police et le numéro de dossier;
- B. Complétez le recto et le verso du formulaire et **SIGNEZ LE MANDAT**;
- C. Veuillez vous assurer d'inscrire le code de version (une ou deux lettres) de votre carte santé afin d'éviter des retards dans le traitement de votre demande;
- D. Gardez une copie des documents et transmettez-les via notre site sécurisé : canassistance.com/fr/assures/depot

Ou par la poste à : **CANASSISTANCE - SERVICE DES RÈGLEMENTS VOYAGE**
CP 3888, SUCCURSALE B
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 3L7

NOM DE L'ASSUREUR	N° DE GROUPE OU POLICE (facultatif)
N° DE CONTRAT, CERTIFICAT OU IDENTIFICATION	N° DE DOSSIER (facultatif)

ENGAGEMENT ET AUTORISATION

- Je, soussigné _____ autorise par les présentes CanAssistance Inc. ainsi que ses signataires autorisés à recevoir, endosser et négocier en mon nom tout chèque ou tout autre type de paiement provenant de l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP) pour le remboursement de réclamations en lien avec toute hospitalisation et tout service médical reçu durant un voyage à l'extérieur de mon lieu de résidence pendant la période de couverture de mon assurance voyage et conformément à celle-ci, incluant toute prolongation autorisée de ladite couverture.
- J'autorise OHIP à verser tout montant relatif à ma réclamation pour des services de santé reçus durant un tel voyage directement à CanAssistance Inc. Je libère l'OHIP, suite au versement du règlement à CanAssistance Inc., de toute autre demande de règlement et cause d'action reliée à celle-ci.
- Je consens à ce que CanAssistance Inc. et l'OHIP collecte directement et indirectement toute information contenue dans ma réclamation, incluant les documents source, en accord avec les lois provinciales applicables.
- Je consens à ce que l'OHIP divulgue à CanAssistance Inc. toute information personnelle me concernant et pertinente à l'étude de la réclamation relative auxdits services de santé, incluant les détails de tout montant m'ayant déjà été payé.
- Je cède à CanAssistance Inc. toutes les prestations payables par des tiers pour des sinistres couverts au titre de la police. De plus, je demande à ces tiers de verser directement à CanAssistance Inc. les prestations payables par suite de la présentation par CanAssistance Inc. d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.
- J'autorise CanAssistance Inc. à transmettre les renseignements contenus à mon dossier à des tiers, qui les utiliseront pour déterminer les prestations payables, le cas échéant, dans le cadre de la présente demande de règlement.
- Je certifie que les présentes informations sont complètes et véridiques au meilleur de mes connaissances et j'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, l'OHIP, le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des renseignements ou des documents à mon sujet ou au sujet d'un membre de ma famille sur mon état de santé ou celui d'un membre de ma famille (y compris tous renseignements médicaux antérieurs) à communiquer ces renseignements ou à transmettre ces dossiers à CanAssistance Inc.

X
SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE
DATE

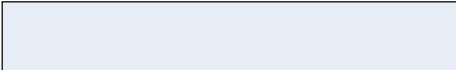
Si celui-ci n'est pas le bénéficiaire, lien avec le bénéficiaire (père, mère, etc.) : _____

Une photocopie ou une télécopie de cette autorisation est considérée aussi valide que l'originale.

BÉNÉFICIAIRE		NOM DE FAMILLE (tel qu'inscrit sur la carte santé)		PRÉNOM (tel qu'inscrit sur la carte santé)	
Numéro de carte santé		DATE DE NAISSANCE		SEXÉ	
CHIFFRES		Année Mois Jour		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LETTRES (Code de version)		TÉLÉPHONE - DOMICILE		CELLULAIRE	

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER LE VERSO

DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE VOYAGE



TITULAIRE DU CONTRAT (SI DIFFÉRENT DU BÉNÉFICIAIRE)

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

NOM DE FAMILLE (tel qu'inscrit sur la carte santé)		PRÉNOM (tel qu'inscrit sur la carte santé)		DATE DE NAISSANCE <small>Année Mois Jour</small>		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
--	--	--	--	---	--	---	--

DÉTAILS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT

NOM DE L'EMPLOYEUR							
1	Adresse du domicile en Ontario <small>N° RUE App.</small>					CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
	Adresse de correspondance ou de paiement (si différente) <small>N° RUE App.</small>					CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
3	COURRIEL :					CELLULAIRE	
ENVOI DU CHÈQUE : <input type="checkbox"/> ADRESSE 1 <input type="checkbox"/> ADRESSE 2				ENVOI DE CORRESPONDANCE : <input type="checkbox"/> ADRESSE 1 <input type="checkbox"/> ADRESSE 2			

SÉJOUR À L'EXTÉRIEUR DE L'ONTARIO

REMBOURSEMENT

Dates du voyage au cours duquel vous avez reçu les services de santé.							
Date de départ <small>Année Mois Jour</small>			Date de retour en l'Ontario <small>Réelle Prévue (si différente)</small> <small>Année Mois Jour Année Mois Jour</small>				
Motif du séjour (cochez une seule case)							
<input type="checkbox"/>	Vacances ou séjour saisonnier						
<input type="checkbox"/>	Travail Nom de l'employeur : _____						
<input type="checkbox"/>	Études Joindre une attestation écrite de l'établissement, précisant les dates de début et de fin de vos cours						
<input type="checkbox"/>	Recevoir des soins Si vous avez fait une demande d'autorisation à l'OHIP, inscrivez le numéro : _____						
<input type="checkbox"/>	Autre Précisez : _____						
Montant demandé :				Devise :			
				<input type="checkbox"/> Dollars canadiens			
				<input type="checkbox"/> Autre devise (précisez) : _____			
Les factures ont-elles été payées?							
<input type="checkbox"/> Non							
<input type="checkbox"/> Oui							
Si oui, veuillez préciser :							
<input type="checkbox"/> Entièrement							
<input type="checkbox"/> Partiellement : _____ Montant payé							

SERVICES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DE L'ONTARIO

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services de santé.										
S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type :										
<input type="checkbox"/>	D'automobile			<input type="checkbox"/>	De travail			<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) : _____	
								Date de l'accident		<small>Année Mois Jour</small>
Décrivez les services reçus (Ex.: tests, radiographies, chirurgie, etc.) Si nécessaire, continuez sur une autre feuille.								Lieu où vous avez reçu ces services		
								Ville		
								Province (Canada) ou État (États-Unis)		
								Pays		
								S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation:		

SERVICES DE SANTÉ EN ONTARIO

Si vous avez consulté un médecin en Ontario dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez :						Si vous avez été hospitalisé en Ontario dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez :					
Nom : _____						Nature de la maladie : _____					
Adresse : _____						Nom et adresse de l'hôpital : _____					
Nature de la maladie : _____						No de dossier : _____					
Date de la dernière visite : <small>Année Mois Jour</small>											
Indiquez le nom des médicament(s) que vous preniez dans les 6 mois précédant le départ :											

AUTRES ASSURANCES

Veillez indiquer ci-dessous toute autre assurance voyage que vous détenez.																										
Assurance collective : _____						N° de la police : _____			N° d'identification : _____																	
Carte de crédit bancaire : _____						N° de la carte : _____			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										X	X	X	X	X			
							X	X	X	X	X															
Autre assurance voyage : _____						Nom de l'assureur																				
						Nom de l'institution financière																				

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER LE RECTO

AVIS IMPORTANT

Si votre demande de remboursement est admissible, par défaut un chèque sera émis au titulaire du contrat. Si vous préférez recevoir votre paiement par dépôt direct, veuillez remplir ce formulaire et joindre un spécimen de chèque.

Le versement des prestations par dépôt direct est un service sans frais et est avantageux à plus d'un égard :

- Vous évitez les délais des services postaux et les risques de perte.
- Les fonds virés à votre compte de banque ne sont pas retenus - contrairement à ceux déposés par chèque - et peuvent être retirés dès qu'ils sont déposés.

ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AINSI QUE TOUS LES AUTRES DOCUMENTS REQUIS À CANASSISTANCE

Via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux. Nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux jusqu'à un an suivant le dépôt de la réclamation.

Par la poste :

CanAssistance, Service des Règlements Voyage
CP 3888, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3L7

Identification du titulaire

Nom complet du titulaire

N° de contrat, certificat ou identification

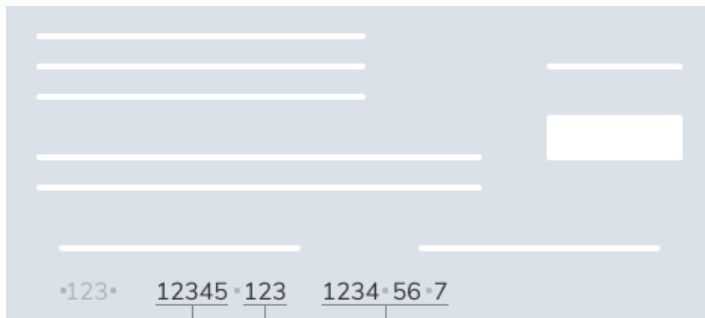
N° De dossier

Renseignements bancaires (Institutions financières canadiennes seulement)

Pour éviter des erreurs et des délais dans le paiement, veuillez joindre un spécimen de chèque. Il est aussi possible d'obtenir un spécimen de chèque en utilisant les services bancaires en ligne de votre institution financière.

Numérisez le document ou prenez-le en photo, en vous assurant que tous les renseignements sont lisibles.

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir un spécimen de chèque, veuillez compléter attentivement les sections ci-dessous.



N° de transit

N° d'institution

N° de compte

1 - Numéro
de transit
(succursale)

2 - Numéro
d'institution
financière

3 - Numéro
de compte

Je demande que mes prestations soient versées par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans ce compte.

Signature du titulaire

Date