

**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](https://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](https://canassistance.com).

**IMPORTANT NOTICE**

A duly completed and signed claim form is necessary even if you haven't made any payments. Your public health insurance plan covers some of the fees for medical care received during your trip. CanAssistance reimburses these fees in full, but must submit them to your provincial health insurance plan.

According to the terms of your contract, by signing the form you authorize CanAssistance to:

- Access your personal and medical information required to adjudicate your claim
- Pay eligible expenses to service providers directly

**Failure to return this duly completed form entitles CanAssistance to ask you to refund the fees paid on your behalf.**

**Filing a Claim**

Complete the claim form(s) and sign where designated with an X.

- Each person who received healthcare services must complete a claim form.
- The form must be signed by the beneficiary (person who received healthcare services). If the claim involves a minor, the policyholder must sign the form.



Attach all the following documents:

- Original itemized bills for all healthcare services received, the diagnosis and treatment must appear clearly.
- Original prescription drug receipts showing the name of the drug, the dosage and the price.
- Proof of payment for all expenses claimed, such as a credit card statement or proof of a deposited cheque, showing the currency in which the service was paid. In the absence of a bank or credit card statement, a receipt may be accepted.
- Proof of your departure and return dates, such as a plane ticket, a stamped copy of your passport or a bank or credit card statement showing purchases made in Canada just before your departure date and immediately after your return.
- Any other relevant document(s), such as medical reports, lab results, etc.



We recommend you keep a copy of your claim documents for record-keeping purposes, as they will not be returned.



Send this duly completed forms and all other required scanned documents online via our secure website:

**[canassistance.com/en/policyholder/depot](https://canassistance.com/en/policyholder/depot)**

We reserve the right to request the original documents up to one year from the date of submission of your claim.

You can also send forms and original claim documents by mail to:

**CanAssistance**  
Travel Claims Departement  
PO BOX 3888, Station B  
Montreal, Quebec, H3B 3L7

**Additional Information**

Your claim will be reviewed as quickly as possible once we've received the required documents. The following situations may increase the time it takes us to process your claim:

- An incomplete claim form or missing document
- Delayed or missing detailed invoice
- Delayed or missing medical information

Eligible expenses are reimbursed in Canadian funds by cheque made out to the policyholder. If you're covered by more than one travel insurance policy, indicate this on your claim form. We will work with your other insurer to coordinate your benefits as needed.

If you receive a bill, please do not make any payments directly to the service provider unless we instruct you to do so. Simply send it to the address above.

Should you have any questions about your claim, please contact us by using the phone number on your insurance card or visit our website at [canassistance.com](https://canassistance.com).

**MARCHE À SUIVRE – CLAIM PROCESS**

- |   |  |
|---|--|
| <p>A. Inscrire le nom de l'assureur et le numéro de contrat (certificat). Si disponible, vous pouvez inscrire le numéro de groupe et le numéro de dossier;</p> <p>B. Compléter et signer le <b>Mandat (#1)</b> ainsi que l'<b>Engagement et autorisation (#2)</b>;</p> <p>C. Remplir le formulaire au verso;</p> <p>D. Garder une copie des documents et transmettez-les via notre site sécurisé : <a href="http://canassistance.com/fr/assures/depot">canassistance.com/fr/assures/depot</a><br/>Ou par la poste à : CANASSISTANCE - RÈGLEMENTS ASSURANCE VOYAGE<br/>CP 3888, SUCCURSALE B<br/>MONTREAL, QUEBEC, H3B 3L7</p> | <p>A. Fill out the insurer's name and the contract or certificate number. If available, you can fill out the group number and the file number.</p> <p>B. Complete and sign the <b>Mandate (#1)</b> and <b>Agreement and Authorization (#2)</b>.</p> <p>C. Complete both sides of this form.</p> <p>D. Keep a copy of all documents for your records and send them online via our secure website: <a href="http://canassistance.com/en/policyholder/depot">canassistance.com/en/policyholder/depot</a><br/>Or by mail to: CANASSISTANCE - TRAVEL CLAIMS DEPARTMENT<br/>PO BOX 3888, STATION B<br/>MONTREAL, QUEBEC, H3B 3L7</p> |
|---|--|

NOM DE L'ASSUREUR INSURER'S NAME	N° DE GROUPE GROUP NO.
N° DE CONTRAT, CERTIFICAT OU IDENTIFICATION CONTRACT, CERTIFICATE OR IDENTIFICATION NO.	N° DE DOSSIER FILE NO.

**MANDAT - MANDATE**

Je, soussigné (lettres mouillées) \_\_\_\_\_  
mandate et autorise CanAssistance Inc. agissant au nom de l'assureur principal  
indiqué sur le présent formulaire, aux fins de:

1. Soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément  
aux lois et règlements appliqués par la Régie, mes demandes de règlements pour les  
services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus, que mon conjoint et mes  
enfants ont reçus (assurance familiale)

à (ville, pays) \_\_\_\_\_ lors de mon séjour

du (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_ à (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

2. Fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou  
autres pièces requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de  
ces demandes de règlement.
3. Recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à  
l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale)

J'AUTORISE la Régie à accepter les demandes de règlement ainsi soumises et à donner  
suite à ce mandat, tel que rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande,  
tout renseignement concernant mon statut de bénéficiaire ou celui de mon conjoint  
ou de mes enfants.

**1 X**

**SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE – SIGNATURE OF THE BENEFICIARY**

I, the undersigned (please print) \_\_\_\_\_  
empower CanAssistance Inc. on behalf on the main insurer specified on this form to:

1. Submit to the Régie de l'assurance maladie du Québec (the Régie), in accordance  
with the laws and regulations applicable by the Régie, my claims for the insured  
medical and hospital services that I have received and that my spouse and my children  
have received (family insurance)

in (city, country) \_\_\_\_\_ during my stay

from (YYYY-MM-DD) \_\_\_\_\_ to (YYYY-MM-DD) \_\_\_\_\_

2. Provide to and obtain from the Régie all information, documents or other paper  
required and necessary for the appraisal, evaluation and settlement of the claims.
3. Obtain from the Régie the refunds effected and made payable to me, my spouse or  
my children (family insurance)

I AUTHORIZE the Régie to accept the claims submitted and follow up on its mandate,  
as written and also to transmit to the company, upon request, any information  
concerning my beneficiary status or that of my spouse or my children.

**ENGAGEMENT ET AUTORISATION – AGREEMENT AND AUTHORIZATION**

1. Je déclare n'avoir reçu de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou d'un tiers aucun montant  
ni aucune avance relativement à la demande de règlement ci-joint.
2. Je m'engage à céder par la présente, à l'Association d'Hospitalisation CanAssurance et  
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 à l'Association d'Hospitalisation CanAssurance et  
CanAssistance Inc. les prestations payables par suite de la présentation par l'Association  
d'Hospitalisation CanAssurance et CanAssistance Inc. d'une demande de règlement à l'égard de ces  
sinistres.
3. J'autorise l'Association d'Hospitalisation CanAssurance et CanAssistance Inc. à transmettre les  
renseignements contenus à mon dossier de réclamations à des tiers, qui les utiliseront pour  
déterminer les prestations qui me sont payables, le cas échéant, dans le cadre de la présente demande  
de règlement.
4. J'autorise l'Association d'Hospitalisation CanAssurance et CanAssistance Inc. à effectuer  
directement, s'il y a lieu, des paiements aux institutions et aux fournisseurs de services relativement  
aux frais qui font l'objet de la présente.
5. J'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical,  
compagnie d'assurance, 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 l'Association  
d'Hospitalisation CanAssurance et CanAssistance Inc., et à la Régie de l'assurance maladie du Québec.
6. Je déclare par la présente que les déclarations qui précèdent avec leurs détails ainsi que les  
renseignements communiqués dans les documents annexés sont complets et exacts, sachant que  
toute fausse déclaration peut rendre nulle l'attestation ou la police d'assurance.
7. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos  
renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous  
vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet,  
laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer vos  
renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits  
d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

1. I declare that I have not received from the Régie de l'assurance maladie du Québec or from a  
third party any amount nor any sum relating to the attached claim.
2. I hereby agree to assign to CanAssurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc. all  
benefits payable by third parties for losses covered under the policy. Furthermore, following the  
application for reimbursement from CanAssurance Hospital Service Association and CanAssistance  
Inc., I authorize third parties to pay CanAssurance Hospital Service Association and CanAssistance  
Inc., the benefits payable regarding these losses.
3. I authorize CanAssurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc. to provide the  
information contained in my claim file to third parties, for their use, within the context of this  
claim, to determine the benefits payable, if the case arises.
4. I hereby authorize CanAssurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc. to make  
payments pertaining to the expenses claimed, directly, when required, to any institution and/or  
any other provider of services.
5. I hereby authorize any licensed physician, practitioner, hospital or medical institution,  
insurance company, the Medical Information Bureau or any other agency, institution or person  
who has information or documents about me or a member of my family, or my state of health or  
that of a member of my family (including all previous medical reports) to convey that information  
or forward those documents to CanAssurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc.,  
and to the Régie de l'assurance maladie du Québec.
6. I declare that the information and details given on this form and the information provided in  
the attached documents are complete and true, and I am aware that any false declaration shall  
nullify the insurance certificate or insurance policy.
7. By sending us this form, you understand that we will process your personal information in  
accordance with the terms of our Privacy Policy. We invite you to read our Privacy Policy available  
on our web site, which provides, without limitation, information about the categories of third  
parties to whom it is necessary to communicate your personal information, sometimes outside  
your province of residence, and your rights to access and correct your personal information.

**2 X**

**SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE – SIGNATURE OF THE BENEFICIARY**

AAAA-MM-JJ / YYYY-MM-DD  
**Date**

Si celui-ci n'est pas le bénéficiaire, lien avec le bénéficiaire (père, mère, etc.):  
If not the beneficiary, relationship (father, mother, etc.):

One photocopy or a télécopie de cette autorisation est considérée aussi valide que l'original - A photocopy or a fax of this authorization shall be considered as valid as the original

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, SIGNER ET COMPLÉTER LE VERSO  
PLEASE ANSWER ALL THE QUESTIONS, SIGN AND COMPLETE THE BACK**

# DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE VOYAGE CLAIM FORM – TRAVEL INSURANCE

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE – FOR OFFICE USE

BÉNÉFICIAIRE (PATIENT) – BENEFICIARY (PATIENT)			
<b>NUMERO D'ASSURANCE MALADIE</b> <i>HEALTH INSURANCE NUMBER</i>		<b>NOM DE FAMILLE – FAMILY NAME</b>	
		<b>PRÉNOM – FIRST NAME</b>	
		<b>NOM DE FAMILLE (inscrit sur la carte d'assurance maladie)</b> <i>LAST NAME (as it appears on health insurance card)</i>	<b>DATE DE NAISSANCE – DATE OF BIRTH</b> <small>A - Y      M - M      J - D</small>
		<b>SEXE - SEX</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>LETTRES - LETTERS</b>		<b>CHIFFRES - NUMBERS</b>	
<b>1</b> Adresse du domicile au Québec – <i>Home address in Québec</i> <small>N° - No      RUE - STREET</small>		CODE POSTAL – <i>POSTAL CODE</i>	TÉLÉPHONE – <i>TELEPHONE</i>
<b>2</b> Adresse de correspondance ou de paiement (si différente) – <i>Address for correspondence or payment (if different)</i> <small>N° - No      RUE - STREET</small>		CODE POSTAL – <i>POSTAL CODE</i>	TÉLÉPHONE – <i>TELEPHONE</i>
<b>3</b> COURRIEL: <i>E-MAIL:</i>			
ENVOI DU CHÈQUE: <input type="checkbox"/> ADRESSE <b>1</b> <input type="checkbox"/> ADRESSE <b>2</b>		ENVOI DE CORRESPONDANCE: <input type="checkbox"/> ADRESSE <b>1</b> <input type="checkbox"/> ADRESSE <b>2</b>	

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC – PERIODS OF TIME SPENT OUTSIDE QUÉBEC			
<b>Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé - <i>Period during which you received healthcare services</i></b>			
<b>Date de départ du Québec</b> <i>Date of departure from Québec</i> <small>A - Y      M - M      J - D</small>		<b>Date de retour au Québec – <i>Date of return to Québec</i></b> <small>Réelle – Actual      Prévue (si différente) – Planned (if different)</small> <small>A - Y      M - M      J - D      A - Y      M - M      J - D</small>	
Si vous avez fait d'autres séjours de <b>PLUS DE 21 JOURS CONSÉCUTIFS</b> au cours de l'année civile à l'extérieur du Québec (du 1er janvier au 31 décembre), <b>PRÉCISEZ:</b> <i>If you travelled for MORE THAN 21 CONSECUTIVE DAYS outside Québec during the calendar year (January 1 to December 31), PLEASE SPECIFY:</i>			
<b>1er séjour – 1st trip</b>			
<b>Date de départ – <i>Departure date</i></b> <small>A - Y      M - M      J - D</small>		<b>Date de retour – <i>Return date</i></b> <small>A - Y      M - M      J - D</small>	
<b>2e séjour – 2nd trip</b>			
<b>Date de départ – <i>Departure date</i></b> <small>A - Y      M - M      J - D</small>		<b>Date de retour – <i>Return date</i></b> <small>A - Y      M - M      J - D</small>	
<b>3e séjour – 3rd trip</b>			
<b>Date de départ – <i>Departure date</i></b> <small>A - Y      M - M      J - D</small>		<b>Date de retour – <i>Return date</i></b> <small>A - Y      M - M      J - D</small>	
<b>Motif du séjour (cochez une seule case) – <i>Reason for trip (check one box only)</i></b>			
<input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier <i>Vacation or seasonal absence</i>			
<input type="checkbox"/> Travail      Nom de l'employeur: <i>Work      Employer's name:</i>			
<input type="checkbox"/> Études      Joindre une attestation écrite de la maison d'enseignement, précisant les dates de début et de fin de vos cours <i>School      Include a written certificate from the institution indicating the start and end dates of your courses</i>			
<input type="checkbox"/> Recevoir des soins      Si vous avez fait une demande d'autorisation à la Régie, inscrire le numéro: <i>Receive medical care      If you made a request of authorization to the Régie, write the number</i>			
<input type="checkbox"/> Autre      Précisez: <i>Other      Specify:</i>			

SERVICES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC – HEALTHCARE SERVICES OUTSIDE QUEBEC			
<b>Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services de santé:</b> <i>Indicate why you received healthcare services:</i>			
<b>S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type: – <i>In the case of an accident, specify the type of accident:</i></b>			
<input type="checkbox"/> D'automobile <i>Car</i>		<input type="checkbox"/> De travail <i>Work</i>	<input type="checkbox"/> Autre (précisez): <i>Other (specify):</i>
		<b>Date de l'accident</b> <i>Date of the accident</i>	<small>A - Y      M - M      J - D</small>
<b>Décrivez les services reçus (Ex.: tests, radiographies, chirurgie, etc.) Si nécessaire, continuez sur une autre feuille</b> <i>Describe the services received (e.g.: tests, X-rays, surgery, etc.) If necessary, continue on a separate piece of paper</i>		<b>Lieu où vous avez reçu ces services – <i>Where did you receive these services</i></b>	
		Ville - <i>City</i>	
		Province (Canada) ou État (États-Unis) – <i>Canadian province or U.S. state</i>	
		Pays - <i>Country</i>	
		<b>S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation:</b> <i>If applicable, indicate the number of days you were hospitalized:</i>	

REMBOURSEMENT – REIMBURSEMENT	
<b>Montant demandé:</b> <i>Amount claimed:</i>	<input type="checkbox"/> Dollars canadiens <i>Canadian dollars</i> <input type="checkbox"/> Autre devise (précisez): <i>Other currency (specify):</i> _____
	<b>Les factures ont-elles été payées? – <i>Were bills paid?</i></b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Totalement <input type="checkbox"/> Partiellement: <small>No    Yes    Totaly    Partially:</small>
	Montant payé – <i>Paid amount</i>

SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC – HEALTHCARE SERVICES IN QUEBEC	
<b>Si vous avez consulté un médecin au Québec dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez:</b> <i>If you consulted a doctor in Québec during the last 6 months prior to your trip, specify:</i>	
Nom: <i>Name:</i> _____	
Adresse: <i>Address:</i> _____	
Nature de la maladie: <i>Nature of illness:</i> _____	
Date de la dernière visite: <small>A - Y      M - M      J - D</small> <i>Date of last visit:</i>	
<b>Indiquez le nom des médicament(s) que vous preniez dans les 6 mois précédant le départ:</b> <i>List the medication(s) you were taking in the 6 months period prior to your trip:</i>	
<b>Si vous avez été hospitalisé au Québec dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez:</b> <i>If you were hospitalized in Québec during the last 6 months prior to your trip, specify:</i>	
Nature de la maladie: <i>Nature of illness:</i> _____	
Nom de l'hôpital: <i>Name of hospital:</i> _____	
No de dossier: <i>File number:</i> _____	

AUTRES ASSURANCES – OTHER INSURANCE	
<b>Veillez indiquer ci-dessous toute autre assurance voyage que vous détenez / <i>Please list below all your other travel insurance coverage coverage</i></b>	
Assurance collective: <i>Group Insurance:</i> _____	
N° de la police: <i>Policy No:</i> _____	
N° d'identification: <i>Certificate No:</i> _____	
Carte de crédit bancaire: <i>Bank credit card:</i> _____	
N° de la carte: <i>Card No:</i> _____	
Autre assurance voyage: <i>Other travel insurance:</i> _____	

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, COMPLÉTER ET SIGNER LE RECTO  
PLEASE ANSWER ALL THE QUESTIONS, COMPLETE AND SIGN THE BACK**

**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](https://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

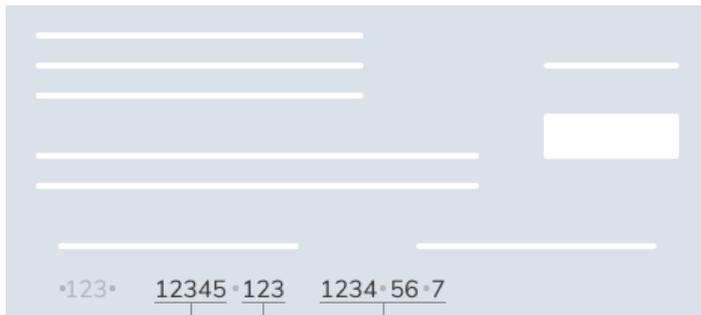
N° De dossier

**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.



1 - Numéro  
de transit  
(succursale)

2 - Numéro  
d'institution  
financière

3 - Numéro  
de compte

N° de transit

N° d'institution

N° de compte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Signature du titulaire

Date

\_\_\_\_\_

**IMPORTANT NOTICE**

If your claim is deemed admissible, by default a cheque will be sent to the policyholder. If you prefer to receive the reimbursement in your chequing account through direct deposit, please complete this form and attach a voided cheque.

We recommend that you select direct deposit for a number of reasons:

- Avoid the many possible days that come with receiving cheques by mail.
- Access your funds immediately without any holds that may be required by your financial institution.

**SEND THIS DULY COMPLETED FORM ALONG WITH ALL OTHER REQUIRED DOCUMENTS TO CANASSISTANCE**

Online via our secure website:

[canassistance.com/en/policyholder/depot](https://canassistance.com/en/policyholder/depot)

Send all scanned documents and keep originals. We reserve the right to request the original documents up to one year from the date of submission of your claim.

By regular mail:

CanAssistance, Travel Claims Department  
PO BOX 3888, Station B, Montreal, Quebec, H3B 3L7

**Policyholder identification**

Name of the policyholder

Contract, certificate or identification number

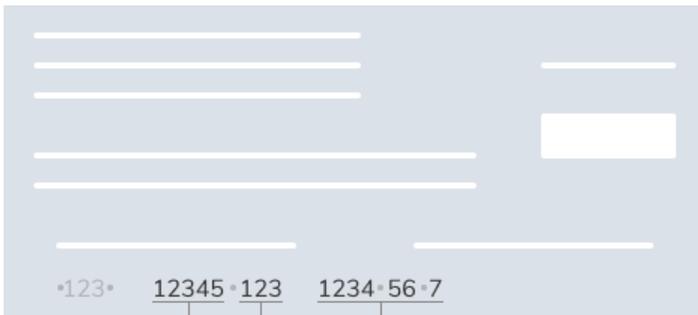
File number

**Bank Account Details (Canadian financial institutions only)**

To avoid payment errors and delays, please attach a voided cheque. A copy can also be obtained through the online banking services of your financial institution.

Scan the document or take a photo of it, making sure all information is legible.

If you are unable to provide a voided cheque, please carefully complete the sections below.



Branch number \_\_\_\_\_

Institution number \_\_\_\_\_

Account number \_\_\_\_\_

1 - Transit (Branch) Number      2 - Financial Institution Number      3 - Account Number

I hereby request that my benefits be paid via electronic funds transfer (direct deposit) to the aforementioned account number.

Signature of the policyholder \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_