

**MARCHE À SUIVRE**

- A. Inscire 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;
- B. Compléter le recto et le verso du formulaire et SIGNER LE MANDAT;
- C. Veuillez vous assurer d'inscrire le code de version (une ou deux lettres) de votre carte santé pour ne pas entraîner de retard dans le traitement de votre demande;
- D. Garder une copie des documents et transmettez-les via notre site sécurisé : [canassistance.com/fr/assures/depot](http://canassistance.com/fr/assures/depot)  
 Ou par la poste à : **CANASSISTANCE - RÈGLEMENTS ASSURANCE VOYAGE**  
**C.P. 4439, SUCCURSALE A**  
**TORONTO (ONTARIO) M5W 3Z4**

NOM DE L'ASSUREUR	(Optionnel) N° DE GROUPE
N° DE CONTRAT	(Optionnel) N° DE DOSSIER

**MANDAT**

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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		SEXES	
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)

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>	SEXES <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

## DÉTAILS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT

NOM DE L'EMPLOYEUR			
<b>1</b>	Adresse du domicile en Ontario <small>N°      RUE      App.</small>	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
<b>2</b>	Adresse de correspondance ou de paiement (si différente) <small>N°      RUE      App.</small>	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
<b>3</b>	COURRIEL:		CELLULAIRE
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>			

## SÉJOUR À L'EXTÉRIEUR DE L'ONTARIO

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      Prévée (si différente)</small>								
<p style="text-align: center;"><b>Motif du séjour (cochez une seule case)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier</p> <p><input type="checkbox"/> Travail      Nom de l'employeur : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Études      Joindre une attestation écrite de l'établissement, précisant les dates de début et de fin de vos cours</p> <p><input type="checkbox"/> Recevoir des soins      Si vous avez fait une demande d'autorisation à l'OHIP, inscrivez le numéro : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre      Précisez : _____</p>											

## REMBOURSEMENT

<b>Montant demandé :</b>
<b>Devise :</b>
<input type="checkbox"/> Dollars canadiens
<input type="checkbox"/> Autre devise (précisez) : _____
<b>Les factures ont-elles été payées?</b>
<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui
<b>Si oui, veuillez préciser :</b>
<input type="checkbox"/> Entièrement
<input type="checkbox"/> Partiellement : _____ <span style="float: right; font-size: small;">Montant payé</span>

## SERVICES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DE L'ONTARIO

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

## AUTRES ASSURANCES

<b>Veillez remplir la section ci-dessous si vous détenez une autre assurance voyage</b>															
Assurance collective ou autre assurance voyage :	Nom de l'assureur	N° de la police	N° d'identification												
Carte de crédit bancaire: _____	Nom de l'institution financière	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>													Date d'expiration

**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.

Via notre site sécurisé :

[canassistance.com/fr/assures/depot](http://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 d'assurance voyage  
1981, avenue McGill College, bureau 400, Montréal (Québec) H3A 2W9

**Identification du titulaire**

Nom complet du titulaire

No. de contrat

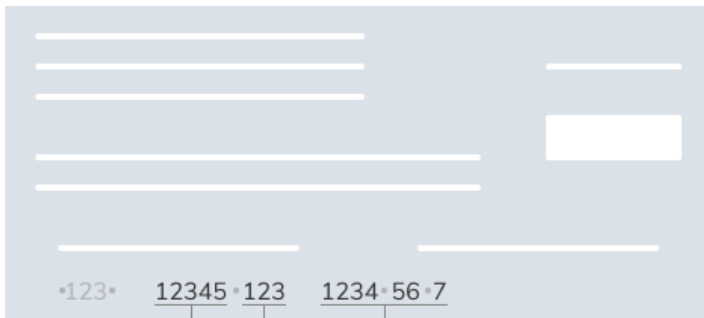
No. De dossier

**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.



No. de transit

No. d'institution

No. 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