

**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 le 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.



Faites une copie de tous les documents pour vos dossiers, car ils ne vous seront pas retournés.



Envoyez les formulaires dûment remplis ainsi que tous les documents originaux requis par la poste à :

Québec :

**CanAssistance**  
Service des règlements d'assurance voyage  
1981, avenue McGill College, bureau 400  
Montréal (Québec) H3A 2W9

Ontario :

**CanAssistance**  
Service des règlements d'assurance voyage  
C.P. 4439, succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 3Z4

**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 bénéfices 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 notre service à la clientèle au 514-286-8336 ou 1 800 264-1852 du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h, ou par courriel à [reclamations@canassistance.com](mailto:reclamations@canassistance.com).

**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, joindre la copie originale de tous vos reçus et faire parvenir 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**

- 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.) : \_\_\_\_\_

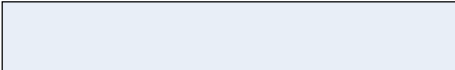
Une photocopie ou une télécopie de cette autorisation est considérée aussi valide que l'originale

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**

01LORV0013B-F (12-19)

# 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    Année    Mois    Jour</small>						Date de retour en l'Ontario <small>Prévue (si différente)    Année    Mois    Jour</small>		
<b>Motif du séjour (cochez une seule case)</b>											
<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 : _____											

## 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		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 <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>													N° de la carte	Date d'expiration

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER LE RECTO