

MARCHE À SUIVRE

- A. Remplir les deux pages de ce formulaire;**
B. Signer la section « Cession des prestations » si applicable;
C. Signer la section « Engagement et autorisation ». Si le bénéficiaire est mineur, la signature d'un parent ou celle du tuteur légal est requise.

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**

NOM DE L'ASSUREUR

NUMÉRO DE GROUPE (optionnel)

NUMÉRO DE CONTRAT

NUMÉRO DE DOSSIER (optionnel)

Titulaire de la police

Nom		Prénom		Date de naissance année mois jour			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Courriel				Téléphone 1			Téléphone 2	
Pays d'origine				Lien avec le bénéficiaire (si différent du titulaire)				
Adresse au Canada n° rue		app.		ville		province		code postal

Cession des prestations

 Est-ce que les prestations admissibles sont payables à une autre personne que le titulaire? Oui Non Si oui, veuillez spécifier à qui émettre le chèque.

Nom et adresse de la personne : _____

Signature du titulaire de la police

Bénéficiaire (si différent du titulaire)

Nom		Prénom		Date de naissance année mois jour			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
-----	--	--------	--	--	--	--	---	--

Informations sur les séjours

Séjour au Canada				Motif du séjour				
Date d'arrivée au Canada année mois jour		Date de départ du Canada année mois jour			<input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Immigration <input type="checkbox"/> Études, nom de l'institution : _____ <input type="checkbox"/> Travail, nom de l'employeur : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____			
Séjour aux États-Unis								
Date de départ du Canada année mois jour		Date de retour au Canada année mois jour						

Engagement et autorisation

- Je cède à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. (ci-après nommé l'Assureur) 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 l'Assureur les prestations payables par suite de la présentation par l'Assureur d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.
- J'autorise l'Assureur 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.
- J'autorise l'Assureur 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 demande.
- Dans le but de permettre l'évaluation de ma demande de prestations, j'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des renseignements nécessaires à l'analyse de ma demande à communiquer ceux-ci à l'Assureur. Je comprends que ces renseignements pourront être divulgués, lorsque requis, à ses réassureurs, vérificateurs internes et externes et à toute personne ou organisation mandatée par l'Assureur dans le cadre du traitement de ma demande de prestations. Cette autorisation est valide jusqu'au règlement final de ma demande de prestations.
- 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 et entraîner le refus de ma demande de prestations.
- 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.

Signature du titulaire de la police ou héritier légal : _____ Date : _____

Signature du bénéficiaire (si différent du titulaire) : _____ Date : _____

DEMANDE DE RÈGLEMENT – VISITEURS AU CANADA

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

Soins et services reçus

Date des premiers symptômes ou des blessures
année | mois | jour

Lieu où les services ou soins ont été reçus (ville et pays)

Indiquez la raison pour laquelle le bénéficiaire a reçu des services médicaux ou hospitaliers :

Décrivez les soins reçus (ex. : examens, radiographies, chirurgie, etc.). Veuillez utiliser une feuille additionnelle au besoin.

Si à la suite d'un accident, veuillez indiquer :

Date de l'accident

année | mois | jour

Type d'accident

Automobile Travail Autre, spécifiez : _____

Montant réclamé

Montant réclamé : _____

Devise :

Dollars canadiens

Autre, spécifiez :

Les factures ont-elles été payées?

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser :

Entièrement

Partiellement : _____

Montant payé

Autres assurances

Est-ce que vous, votre conjoint ou votre enfant à charge détenez une autre assurance voyage ? Oui Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants.

Titulaire _____ Compagnie d'assurance _____

Numéro de la police _____ Numéro de téléphone de la compagnie _____

Numéro d'identification _____

Avez-vous déjà initié une réclamation? Oui Non Si oui, veuillez indiquer le numéro de dossier : _____

Information médicale

Si le bénéficiaire a consulté un médecin ou un spécialiste dans les 6 mois précédant la date d'effet du contrat, veuillez indiquer :

Nom du médecin / Clinique médicale	Téléphone / Courriel	Nature de la maladie ou de l'accident	Date de la consultation		
			année	mois	jour

Si le bénéficiaire a été hospitalisé dans les douze mois précédant la date d'effet du contrat, veuillez indiquer :

Nom de l'hôpital	Téléphone / Courriel	Nature de la maladie ou de l'accident	Date d'admission à l'hôpital		
			année	mois	jour

Adresse (ville et pays) _____

Date de sortie de l'hôpital	
année	mois jour

Veuillez énumérer le nom de tous les médicaments pris par le bénéficiaire dans les 6 mois précédant la date d'effet du contrat :

Documents essentiels à soumettre

- Ce formulaire dûment rempli et signé;
 - Si plusieurs assurés ont reçu des soins médicaux, chacune de ces personnes doit remplir un formulaire
 - Si la demande concerne un assuré mineur, la signature du titulaire de la police ou celle du tuteur légal est requise
- Les factures détaillées et preuves de paiement;
 - Les factures pour les soins médicaux reçus doivent indiquer le diagnostic et le traitement
 - Les factures reliées à l'achat d'une prescription doivent indiquer le nom du médicament, la posologie et le prix
 - Les preuves de paiement acceptées sont les relevés de carte de crédit ou une preuve de chèque encaissé et doivent indiquer la devise dans laquelle le service a été payé. À défaut de relevé, un reçu de transaction peut être accepté
- Tout autre document pertinent, tel que rapports médicaux, résultats de laboratoires, etc.

Toute demande incomplète pourrait entraîner des délais dans le traitement de votre réclamation. Si vous n'êtes pas en mesure de joindre tous les documents requis, veuillez en expliquer la raison dans une lettre accompagnant votre demande. Au besoin, nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux ou des renseignements supplémentaires. Nous vous recommandons de faire une copie de vos pièces justificatives pour vos dossiers.

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.

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

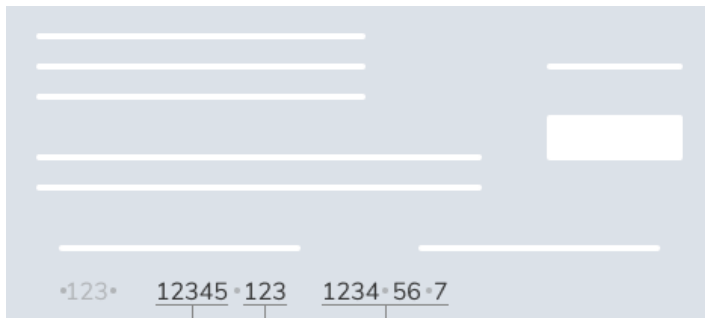
N° De dossier

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 _____

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

Signature du titulaire _____

Date _____