

Section 5- Autres couvertures d'assurance

Est-ce que vous, votre conjoint ou votre enfant êtes couverts par une autre assurance voyage?

Régime de l'employeur, régime de retraite ou autre régime collectif:

Non Oui Si oui, veuillez remplir la Section A ci-dessous.

Carte de crédit :

Non Oui Si oui, veuillez remplir la Section B ci-dessous.

Toute autre couverture :

Non Oui Si oui, veuillez remplir la Section C ci-dessous.

Section A - Régime de l'employeur, régime de retraite ou autre régime collectif

Compagnie d'assurance		Numéro de téléphone.
Numéro de police	Numéro d'identité	Nom de l'assuré

Section B - Carte de crédit

Banque émettrice	Numéro de la carte (6 premiers et 4 derniers chiffres)
------------------	--

Section C - Autres couvertures

Compagnie d'assurance		Numéro de police
Numéro de téléphone	Assurance maladie aux États-Unis: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Type A <input type="radio"/> Type B <input type="radio"/> Les deux Numéro d'adhésion :	

Si, au moment du sinistre, vous avez une couverture semblable auprès d'un autre fournisseur (c.-à-d. carte de crédit, assurance voyage, régime d'assurance maladie d'un employeur, régime privé ou provincial, régime d'assurance automobile, assurance maladie aux États-Unis, etc.), nous coordonnerons les prestations conformément aux directives de l'ACCAP.

Section 6 - Déclaration, autorisation et signature

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada Vie ») a désigné Gestion Global Excel inc. (« Global Excel ») comme prestataire de services d'assistance voyage et de gestion des demandes de règlement hors pays au titre du présent contrat.

L'assureur, ses agents et ses administrateurs ont l'obligation de recueillir et conserver certaines informations personnelles et/ou médicales liées à votre couverture d'assurance. Ces renseignements sont seulement utilisés et divulgués dans le but d'administrer votre police/vos polices d'assurance, de fournir un service à la clientèle, d'évaluer et de payer les demandes de règlement.

Dans cette section, les termes « vous », « votre » et « vos » désignent le demandeur et/ou la personne assurée, selon le cas.

Si la personne assurée est mineure, vous devez également signer ce formulaire en son nom.

- J'ordonne et j'autorise mon régime d'assurance maladie provincial à effectuer le paiement de ma réclamation pour des services de santé obtenus à l'étranger directement à Global Excel et je libère par la présente le régime d'assurance maladie provincial, après paiement à Global Excel, de toute autre réclamation ou cause d'action en rapport avec les présentes.
- Par les présentes, je consens à la collecte, directe ou indirecte, et à l'utilisation par le régime d'assurance maladie de mes renseignements personnels, incluant ceux qui ont trait à ma santé, dans le cadre du paiement de ma réclamation pour des services médicaux reçus à l'étranger.
- J'autorise Global Excel à coordonner le règlement de tous les frais admissibles avec toute autre compagnie d'assurance qui peut aussi être responsable pour cette demande d'indemnisation. Par la présente, j'autorise Global Excel à effectuer les paiements, recevoir des paiements et régler ma demande avec toute autre compagnie en mon nom.
- J'autorise tout autre société d'assurance à communiquer tout renseignement concernant les prestations et paiements médicaux relatifs à la présente réclamation à Global Excel ou à leurs représentants.
- J'autorise Global Excel (y compris ses représentants) à communiquer à Canada Vie tout renseignement relatif à la présente réclamation qu'elle peut avoir en sa possession, y compris les renseignements obtenus de tiers. Je conviens que toute autorisation fournie à Global Excel dans le but d'obtenir auprès de tiers des renseignements concernant la présente réclamation constitue également une autorisation permettant à Canada Vie d'obtenir des copies de ces renseignements.
- Je consens à ce que Global Excel communique avec moi au sujet de ma réclamation par voie électronique à l'adresse courriel que j'ai fournie et je comprends que ces communications contiendront des renseignements personnels.
- Je certifie que les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. Je comprends que cette demande de règlement deviendra nulle si, avant ou après le sinistre, j'ai caché ou faussement déclaré des faits, ou si les documents reçus pour cette demande de règlement ont caché ou faussement déclaré des faits ou circonstances par rapport à cette demande de règlement. J'autorise tout médecin qualifié, professionnel de la santé, hôpital, clinique, établissement ou fournisseur offrant des services médicaux, assureur ou réassureur, régime d'assurance maladie provincial et employeur à divulguer à Global Excel et ses représentants travaillant à l'administration de cette demande toute information, y compris mes renseignements personnels ainsi que mes dossiers médicaux en sa possession/connaissance relativement à mes antécédents médicaux et à mon traitement.
- Je conviens que si je suis une personne à charge aux termes de la présente couverture d'assurance, la personne assurée désignée dans les présentes aura accès à des renseignements relatifs à la présente réclamation dans le cadre de l'administration de ce régime.
- À l'attention des prestataires de services de voyage : par la présente, je vous autorise de divulguer à Global Excel ou à ses représentants, toute information que vous possédez au sujet de mes voyages ou de mon utilisation de vos services de voyage, dans le but de déterminer mon admissibilité à la couverture et/ou aux garanties de ma police d'assurance.
- Je consens, par la présente, à ce que Global Excel, ses agents ou administrateurs utilisent mes renseignements personnels ou médicaux divulgués dans la présente et dans tous les documents ou renseignements fournis liés à ma police d'assurance aux fins susmentionnées. Ce consentement est en vigueur pendant un an à compter de la date du service fourni et peut être révoqué par écrit à Global Excel en tout temps.
- Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'originale. Cette autorisation sera considérée valide durant la durée de la demande de règlement et ne doit pas excéder un an, à compter de la date de signature.
- J'autorise Global Excel à verser tous les paiements de réclamation personnelle directement dans le compte indiqué sur ce formulaire.

Nom de la personne assurée : _____

Signature de l'assuré :  _____

Date ____ / ____ / ____ (J/M/A)

Si je ne suis pas la personne assurée :

- **Utilisez cette section si vous remplissez le formulaire de réclamation au nom d'une autre personne.**
- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet de la personne assurée relativement à la présente réclamation, je soussigné certifie par la présente que j'ai obtenu de la personne assurée la permission en bonne et due forme d'autoriser la collecte, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels, conformément à l'autorisation indiquée plus haut, et que l'assureur, ses réassureurs et leurs mandataires peuvent se fier à ces renseignements et agir sur la foi de mon autorisation.
- Si le demandeur est un mineur, imprimer le nom complet du parent ou du tuteur légal, ou si le demandeur est décédé, imprimer le nom complet de l'exécuteur testamentaire.

Nom de la personne autorisée : _____

Lien avec la personne assurée : _____

Adresse de la personne autorisée : _____

Signature de la personne autorisée :  _____

Date ____ / ____ / ____ (J/M/A)

Section 7 - Liste des frais engagés

No.	Nom de la clinique, du médecin, du dentiste, de l'hôpital ou de la pharmacie	Description des frais	Date (J/M/A)	Montant facturé	Montant payé	Solde impayé	Devise	Reçu inclus (cocher la case appropriée)
1								<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2								<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3								<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4								<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5								<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Commentaires

Indiquez clairement les factures qui ont été payées. Conservez une copie de ce formulaire (ainsi qu'une copie de tous les documents justificatifs) pour vos dossiers.

Le traitement de votre réclamation sera retardé à la suite de l'une des raisons ci-dessous :

- Tout retard à recevoir des renseignements de votre médecin traitant ou d'un autre médecin au Canada.
- Tout retard à recevoir les dossiers médicaux de l'établissement où vous avez été soigné à votre destination de voyage.
- Un formulaire de réclamation incomplet.
- Des documents justificatifs insuffisants (ou inexacts).

Il est possible que vous receviez des factures ou des rappels directement des fournisseurs de soins de santé que vous avez consultés pendant votre voyage.

Le cas échéant, veuillez faire parvenir ces rappels à Gestion Global Excel. Si vous recevez des appels téléphoniques concernant vos factures, veuillez demander à l'appelant de communiquer avec Gestion Global Excel.

Nous vous demandons de ne pas payer les frais médicaux directement aux fournisseurs, sauf si vous avez été avisé de le faire par Gestion Global Excel.

Section 8 – Mode de remboursement privilégié

Veuillez remplir cette section du formulaire **uniquement** pour fournir de nouveaux renseignements ou pour les mettre à jour.

Veuillez vous rendre à l'adresse www.globalexcel.com/canadavie pour ouvrir une session ou vous inscrire sur notre portail des demandeurs sécurisé et choisir votre mode de remboursement privilégié. Vous pouvez également changer votre mode de remboursement en remplissant la présente section.

Virement Interac (pour les paiements inférieurs à 10 000 \$ CA)

En fournissant votre adresse courriel, vous recevrez un avis par courriel une fois votre réclamation traitée et vous pourrez déposer les fonds dans votre compte à partir de la plateforme de services bancaires en ligne de votre choix.

Adresse courriel: _____

Dépôt direct (\$ CA seulement)

En fournissant vos renseignements bancaires, le paiement sera déposé directement dans votre compte et vous serez informé par courriel du règlement de votre réclamation.

⑈ 1088 ⑈ ⑆ 0 1 1 2 2 ⑈ 540 ⑆ 000 1 1 ⑈ 00 1 1 1 ⑈

Numéro de transit :

Numéro de l'institution :

Numéro de compte :

Chèque

Soumission de votre réclamation

Le formulaire de réclamation dûment rempli et signé ainsi que les documents requis peuvent être envoyés à notre bureau par l'un des moyens suivants :

- En ligne** Rendez-vous à l'adresse www.globalexcel.com/canadavie
Créez un compte et téléversez les documents requis.
Vos renseignements y seront automatiquement sauvegardés et pourront être consultés en tout temps..

<input type="radio"/> Poste	Adresses postales canadiennes		Adresse postale américaine (pour des soumissions à partir des É.U.)
	Gestion Global Excel inc. C.P. 1237 Succursale A Windsor, ON N9A 6P8	Gestion Global Excel inc. 3355 Munich Court Windsor, ON N8N 5G2	Global Excel Management Inc. 535 Griswold St Suite 111-605 Detroit, MI 48226

***Pour les envois à la case postale, veuillez poster vos documents par courrier standard, et non par courrier recommandé**

- Courriel** canadalife.claims@globalexcel.com

IMPORTANT

Il se peut que l'on vous contacte pour répondre à des questions ou pour fournir des documents justificatifs supplémentaires ou des clarifications.

Gestion Global Excel inc.

canadalife.claims@globalexcel.com

Au Canada ou aux États-Unis 1-866-530-6025 (sans frais)

Tous les autres pays 1-905-816-1990 (appel à frais virés)