

Section 1 - Renseignements sur le titulaire de la police (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (J/M/A) :

Numéro de police / Numéro d'identification de l'employé : Nom du groupe/de l'employeur (s'il y a lieu) :

Adresse du domicile (numéro, rue) :

Ville :

Province :

Code postal :

Numéro de téléphone :

Autre numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Moyen de communication préféré (cocher toutes les cases qui s'appliquent)

Courriel

Téléphone

Courrier

Section 2 - Renseignements sur le ou les demandeurs

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (J/M/A) : Lien avec titulaire de police :

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (J/M/A) : Lien avec titulaire de police :

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (J/M/A) : Lien avec titulaire de police :

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (J/M/A) : Lien avec titulaire de police :

Section 3 - Renseignements sur le voyage**But du voyage :**

Vacances

Affaires

Autre (préciser)

Section 4 - Renseignements sur l'annulation du voyage**Réclamation pour :**

Maladie / blessure

Décès

Autre

Décrivez les circonstances qui ont entraîné l'annulation de votre voyage :

Date de la cause de l'annulation (J/M/A) :

Date initiale de départ du voyage (J/M/A) :

Date initiale du voyage de retour (J/M/A) :

Section 5 - Renseignements sur l'interruption du voyage

Décrivez les circonstances qui ont entraîné l'interruption/le retard de votre voyage :

Date de la cause de l'interruption / du retard (J/M/A) :

Date initiale de départ du voyage (J/M/A) :

Date initiale du voyage de retour (J/M/A) :

Section 6 - Autres couvertures d'assurance

Si, au moment du sinistre, vous avez une couverture semblable auprès d'un autre fournisseur (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.

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

Non Oui Si oui, veuillez remplir les sections suivantes qui vous concernent.

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

Compagnie d'assurance : Numéro de police/Numéro de certificat : Numéro d'identité/Numéro du plan :

Nom du titulaire principal de la police : Date de naissance (J/M/A) :

Carte de crédit

Banque émettrice : Numéro de la carte (6 premiers No.) : Numéro de la carte (4 derniers No.) :

Autres couvertures

Nom de la compagnie d'assurance : Numéro de police/Numéro de certificat :

Nom du titulaire principal de la police : Date de naissance (J/M/A) :

Assurance maladie États-Unis: Non Oui Type A Type B Les deux Numéro d'adhésion :

Si vous avez envoyé une demande auprès d'un autre assureur, veuillez fournir votre numéro de dossier et joindre une copie de votre demande et le règlement.

Section 7 - Déclaration, autorisation et signature

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« l'Assureur ») a nommé Gestion Global Excel inc. (« Global Excel ») comme prestataire de services d'assistance et de gestion des demandes de règlement 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.

- 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 l'Assureur 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 l'Assureur 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.
- 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, le titulaire de la police désigné 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 l'Assureur, 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 deux ans 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.
- **Avis :** La législation provinciale dans quelques provinces nous exige de vous informer que la limite pour prendre des mesures juridiques est indiquée dans la Loi sur les assurances ou une autre loi qui s'applique à votre réclamation.
- J'autorise Global Excel à verser tous les paiements de réclamation personnelle directement dans le compte indiqué sur ce formulaire.
- 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.

Nom du titulaire de police

Signature du titulaire de police

Date (J/M/A)

Si je ne suis pas le titulaire de police :

- **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 du titulaire de police relativement à la présente réclamation, je soussigné certifie par la présente que j'ai obtenu du titulaire de police 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.

Nom de la personne autorisée

Lien avec le titulaire de police

Adresse de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée

Date (J/M/A)

Section 8 - Liste des frais engagés

N°.	Description de la facture	Date d'achat (JJ/MM/AA)	Montant payé	Devise	Remboursement obtenu	Solde impayé
-----	---------------------------	-------------------------	--------------	--------	----------------------	--------------

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Montant total réclamé

Section 9 - Mode de remboursement privilégié

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.

IMPORTANT : Si un mode de remboursement n'est pas sélectionné ou dépasse la limite du mode choisi, un chèque sera émis pour les remboursements éligibles.

Virement Interac (\$CA seulement)

Si vous fournissez votre adresse courriel, vous recevez un avis par courriel une fois votre réclamation traitée et vous pourrez déposer les fonds dans votre compte à partir de la plateforme de service 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.



Numéro de transit (5 chiffres) : Numéro de l'institution (3 chiffres) : Numéro de compte (12 chiffres) :

Chèque

Section 10 - Certificat médical

Remarque : Veuillez remplir cette section si l'annulation est attribuable à une maladie ou à une blessure.

Partie 1 – Renseignements sur le patient

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (J/M/A) :
Adresse (numéro, rue)		
Ville	Province	Code postal
Lien du patient avec le titulaire principal de la police		

Partie 2 – Déclaration du médecin traitant (doit être signée et remplie par un médecin praticien autorisé)

Diagnostic lié à la réclamation (par ordre de gravité) :

1: _____
2: _____

S'agit-il d'une nouvelle affection? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dans la négative, à quelle date remonte le premier diagnostic (J/M/A) :	Date de la première consultation relative à l'apparition des symptômes de cette affection (J/M/A) :
Le patient a-t-il reçu un traitement ou des conseils relativement à cette affection au cours de la dernière année? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dans l'affirmative, veuillez indiquer toutes les dates (J/M/A) :	
Le patient prend-il actuellement des médicaments pour cette affection? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de tous les médicaments :	
Quand l'administration a-t-elle été modifiée pour la dernière fois? / / (J/M/A)	Pourquoi?	

Si le patient vous a été référé par un médecin, veuillez indiquer son nom et son numéro de téléphone :

Le patient a-t-il été hospitalisé? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Si oui, date d'admission (J/M/A) :	Date de sortie (J/M/A) :
Nom de l'hôpital :		

Si l'affection était attribuable à une grossesse, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de confirmation de la grossesse (J/M/A) :	Date prévue de l'accouchement (J/M/A) :
--	---

Si le patient était en voyage, veuillez fournir les renseignements suivants :

Est-ce que vous ou le médecin traitant avez conseillé au patient d'annuler ses projets de voyage Non Oui
Le patient n'était pas en état de voyager du (J/M/A) au (J/M/A)

(Si le patient n'est pas partie en voyage, veuillez joindre un document indiquant la raison médicale de l'annulation)

Remarque au médecin :

Le présent formulaire a été élaboré pour tenir compte du point de vue du médecin. En étant exhaustif, il devrait permettre de réduire la tâche administrative du médecin. Veuillez remplir les sections applicables à votre patient. La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique. Les frais exigés pour remplir cette section du formulaire sont à la charge du patient.

DÉCLARATION :

Ces renseignements sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Je consens à ce qu'on communique avec moi au sujet du patient susmentionné pour obtenir des renseignements supplémentaires, y compris transmettre une copie de son dossier médical, au besoin.

Nom du médecin traitant

Signature du médecin traitant Date (J/M/A)

N° de permis

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

Téléchargez facilement vos documents en vous rendant sur www.globalexcel.com/canadavie. Cliquez sur "Soumission de documents" pour accéder à la section.

Poste

Adresses postales canadiennes

Gestion Global Excel inc., C.P. 1237, Succursale A, Windsor, ON N9A 6P8

Gestion Global Excel inc., 73 rue Queen, Sherbrooke, QC J1M 0C9

Adresse postale américaine

Gestion Global Excel inc., 535, rue Griswold, Suite 111-914, Detroit, MI 48226

***Veuillez ne pas envoyer de courrier recommandé à l'adresse de la boîte postale, il doit être envoyé à une adresse physique.**

IMPORTANT

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

Pour toute question concernant votre demande, veuillez contacter
Gestion Global Excel inc.

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

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