FRAIS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER
FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Les prestations payables à l'égard de frais médicaux et de voyage engagés à l'extérieur du Canada sont assujetties aux restrictions et exceptions prévues aux termes de la garantie Assurance médicale en cas d'urgence lors de voyages.

Veuillez remplir entièrement les deux côtés de la présente demande, y compris tout formulaire de cession des prestations du gouvernement ci-joint. Votre demande de règlement ne sera prise en considération que si les formulaires précités sont dûment remplis.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE

Nom du propriétaire de la police _____

Adresse du propriétaire de la police _____
Ville Province Code postal

Numéro de téléphone : Domicile _____ Travail _____

Numéro de la police __/__/__/__/__/__/__ - __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient _____

Adresse (si elle diffère de celle ci-dessus) _____
Ville Province Code postal

Lien avec le propriétaire de la police _____

Date de naissance _____/ _____ /_____
JOUR MOIS ANNÉE

Adresse _____
Ville Province Code postal

Numéro d'assurance-maladie provinciale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

J'autorise la Canada Vie à rembourser directement le prestataire de services.

Signature de l'employé : _____

DÉCLARATION VISANT UNE AUTRE ASSURANCE

Si le patient a droit à des prestations d'assurance-voyage ou d'assurance-maladie aux termes de toute autre police (y compris un autre régime d'assurance collective, des polices individuelles d'assurance-voyage et des régimes de cartes de crédit), veuillez fournir les renseignements suivants :

Type de protection ☐ Collective ☐ Individuelle ☐ Carte de crédit	Type de protection ☐ Collective ☐ Individuelle ☐ Carte de crédit
Nom de la compagnie d'assurance _____	Nom de la compagnie d'assurance _____
Numéro de la police, du régime ou du plan _____	Numéro de la police, du régime ou du plan _____
Numéro d'identification _____	Numéro d'identification _____
Avez-vous présenté une demande de règlement auprès de l'autre compagnie d'assurance ou communiqué avec celle-ci au sujet de ce sinistre? ☐ Oui ☐ Non	Avez-vous présenté une demande de règlement auprès de l'autre compagnie d'assurance ou communiqué avec celle-ci au sujet de ce sinistre? ☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

But du voyage : ☐ Vacances ☐ Affaires ☐ Autre (précisez) _____

Pays visité : _____

Date de départ de la province de résidence _____/_____/_____ Date de retour dans la province de résidence _____ /_____/_____
JOUR MOIS ANNÉE JOUR MOIS ANNÉE

À quelle date aviez-vous prévu au début être de retour dans votre province de résidence? _____ /_____/_____
JOUR MOIS ANNÉE

Valeur totale des reçus _____$ Devise _____

Le patient est-il admissible à des prestations aux termes du régime d'assurance maladie de sa province? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, expliquez : _____

Veuillez décrire brièvement la maladie ou la blessure à l'origine de votre demande de règlement. _____

_____

À quelle date la maladie s'est-elle déclarée ou la blessure a-t-elle été subie? _____/_____/_____
JOUR MOIS ANNÉE

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

Si le patient avait moins de 60 ans à la date de prise d'effet ou de renouvellement de la police, veuillez répondre aux questions suivantes :

Au cours de la période de six mois précédant immédiatement le départ de leur province d'origine :

- Le patient a-t-il présenté tout nouveau symptôme ou une augmentation de la fréquence d'apparition ou de la gravité du ou des symptômes? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient a-t-il eu besoin d'attention médicale, d'une consultation auprès d'un médecin ou de l'établissement d'un diagnostic, ou encore a-t-il dû recevoir un traitement ou être hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient a-t-il reçu / eu besoin de recevoir un traitement à l'oxygène ou de nouvelles directives modifiant son traitement / sa médication (y compris un changement de posologie ou d'utilisation)? ☐ Oui ☐ Non

Si le patient avait 60 ans ou plus à la date de prise d'effet ou de renouvellement de la police, veuillez répondre aux questions suivantes :

Au cours des 365 jours précédant immédiatement le départ de leur province d'origine :

- Le patient a-t-il présenté tout nouveau symptôme ou une augmentation de la fréquence d'apparition ou de la gravité du ou des symptômes? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient a-t-il eu besoin d'attention médicale, d'une consultation auprès d'un médecin ou de l'établissement d'un diagnostic, ou encore a-t-il dû recevoir un traitement ou être hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non
- Le patient a-t-il reçu / eu besoin de recevoir un traitement à l'oxygène ou de nouvelles directives modifiant son traitement / sa médication (y compris un changement de posologie ou d'utilisation)? ☐ Oui ☐ Non

DÉCLARATION ET AUTORISATION

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse www.canadavie.com.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

J'autorise la Canada Vie, tout médecin autorisé, praticien médical, hôpital ou clinique ou tout autre établissement de soins, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux ou toute autre organisation travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger ces renseignements personnels lorsqu'ils s'avèrent nécessaires aux fins précitées. Je charge La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie d'effectuer les paiements, de recevoir les paiements et de négocier les règlements avec les prestataires et autres assureurs au nom du patient. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

Propriétaire de la police (nom complet en caractères d'imprimerie) _____

Signature _____

Date _____

Veuillez envoyer le présent formulaire et les originaux des reçus à :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Unité de l'assurance-maladie individuelle
C.P. 6000
Winnipeg MB R3C 3A5
1 866 430-2863

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions. La présente demande sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets. Toutes les demandes de règlement aux termes du présent régime sont soumises par l'entremise du propriétaire de la police. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le propriétaire et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

Effacer