

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.

Veillez 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 <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Carte de crédit Nom de la compagnie d'assurance _____ Numéro de la police, du régime ou du plan _____ 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type de protection <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Carte de crédit Nom de la compagnie d'assurance _____ Numéro de la police, du régime ou du plan _____ 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 a-t-il droit à des prestations aux termes de son régime d'assurance-maladie provincial? 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

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 :

Durant l'entière période de six mois précédant immédiatement son départ de sa province de résidence :

- 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 :

Durant l'entière période de 365 jours précédant immédiatement son départ de sa province de résidence :

- 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

- J'autorise / Nous autorisons tout médecin autorisé, tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical, ou toute compagnie d'assurance à fournir à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie ou à toute autre tierce partie désignée par celle-ci tout renseignement sur mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes traitements, ou sur l'état de santé, les antécédents médicaux ou les traitements de mes personnes à charge, ainsi que des copies de tout dossier d'hôpital ou médical. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.
- J'atteste / Nous attestons que les renseignements sont à ma / notre connaissance véridiques, corrects et complets.
- De plus, j'autorise / nous autorisons la Canada Vie à recevoir des renseignements médicaux des fournisseurs et d'autres assureurs ou à leur en divulguer en vue de faciliter le paiement et la coordination des prestations.
- J'autorise / Nous autorisons La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie ou toute société ou personne désignée par celle-ci à divulguer tout renseignement me/nous concernant à tout fournisseur de soins ou de services médicaux ou à toute tierce partie tant au Canada qu'à l'extérieur du Canada. Une copie du présent original est aussi valable que l'original.
- J'autorise / Nous autorisons La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie et ses agents à coordonner le versement des prestations avec toute autre compagnie d'assurance pouvant avoir des obligations à respecter à l'égard de la présente demande de règlement.
- J'enjoins / Nous enjoignons par la présente directement La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie à verser et à recevoir des sommes ainsi qu'à négocier des règlements avec d'autres assureurs au nom du patient.

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

Patient (nom complet en caractères d'imprimerie)

Signature _____

Signature _____

Date _____

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

Les renseignements personnels que vous fournissez sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime collectif.

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.