

MARCHE À SUIVRE

- A. Remplir les deux pages du formulaire « Demande de règlement – Visiteurs au Canada ».**
B. Signer la section « Cession des prestations » si applicable.
C. Signer la section « Engagement et autorisation ». Si le patient est mineur, la signature d'un parent ou celle du tuteur légal est requise.
D. Envoyer le formulaire dûment rempli ainsi que tous les autres documents requis à CanAssistance.

Par courriel :
info@qc.croixbleue.ca

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux.

Par la poste :

Croix Bleue, Règlement assurance voyage
 Case postale 910, Succursale B, Montréal (Québec) H3B 3K8

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 patient (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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez spécifier à qui émettre le chèque.			
Nom et adresse de la personne : _____		_____	
		Signature du titulaire de la police	

Patient (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	Date d'arrivée au Canada année mois jour	Date de départ du Canada année mois jour	Motif du séjour <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.

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

Signature du patient (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 patient 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 patient 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 patient 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 patient dans les 6 mois précédant la date d'effet du contrat :

Documents essentiels à soumettre

- Formulaire « Demande de règlement – Visiteurs au Canada » 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.

Pour toute question relative à votre demande de règlement, n'hésitez pas à communiquer avec notre service à la clientèle au 514-286-6690, ou sans frais au 1-800-387-2538, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h (heure de l'Est).