

MARCHE À SUIVRE – CLAIM PROCESS

- A. Inscrire le nom de l'assureur et le numéro de contrat (certificat). Si disponible, vous pouvez inscrire le numéro de groupe et le numéro de dossier;
- B. Compléter et signer le **Mandat (#1)** ainsi que l'**Engagement et autorisation (#2)**;
- C. Remplir le formulaire au verso;
- D. Garder une copie des documents et transmettez-les via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Ou par la poste à : CANASSISTANCE - RÈGLEMENTS ASSURANCE VOYAGE
1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 400
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3A 2W9

- A. Fill out the insurer's name and the contract number (certificate). If available, you can fill out the group number and the file number;
- B. Complete and sign the **Mandate (#1)** and **Agreement and Authorization (#2)**;
- C. Complete the form on the back side;
- D. Keep a copy of all documents for your records and send them online via our secure website:

canassistance.com/en/policyholder/depot

Or by mail to: CANASSISTANCE - TRAVEL CLAIMS DEPARTMENT
1981, MCGILL COLLEGE AVENUE, SUITE 400
MONTREAL (QUEBEC) H3A 2W9

NOM DE L'ASSUREUR - INSURER'S NAME	N° DE GROUPE – GROUP NO.
N° DE CONTRAT – CONTRACT NO.	N° DE DOSSIER – FILE NO.

MANDAT - MANDATE

Je, soussigné (lettres mouillées) _____
mandate et autorise CanAssistance inc. agissant au nom de l'assureur principal
indiqué sur le présent formulaire, aux fins de:

1. Soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément aux lois et règlements appliqués par la Régie, mes demandes de règlements pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus, que mon conjoint et mes enfants ont reçus (assurance familiale)

à (ville, pays) _____ lors de mon séjour

du (AAAA-MM-JJ) _____ au (AAAA-MM-JJ) _____

2. Fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou autres pièces requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces demandes de règlement.

3. Recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale)

J'AUTORISE la Régie à accepter les demandes de règlement ainsi soumises et à donner suite à ce mandat, tel que rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de bénéficiaire ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

1 X

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE – SIGNATURE OF THE BENEFICIARY

I, the undersigned (please print) _____
empower CanAssistance Inc. on behalf on the main insurer specified on this form to:

1. Submit to the Régie de l'assurance maladie du Québec (the Régie), in accordance with the laws and regulations applicable by the Régie, my claims for the insured medical and hospital services that I have received and that my spouse and my children have received (family insurance)

in (city, country) _____ during my stay

from (YYYY-MM-DD) _____ to (YYYY-MM-DD) _____

2. Provide to and obtain from the Régie all information, documents or other paper required and necessary for the appraisal, evaluation and settlement of the claims.

3. Obtain from the Régie the refunds effected and made payable to me, my spouse or my children (family insurance)

I AUTHORIZE the Régie to accept the claims submitted and follow up on its mandate, as written and also to transmit to the company, upon request, any information concerning my beneficiary status or that of my spouse or my children.

ENGAGEMENT ET AUTORISATION – AGREEMENT AND AUTHORIZATION

1. Je déclare n'avoir reçu de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou d'un tiers aucun montant ni aucune avance relativement à la demande de règlement ci-joint.

2. Je m'engage à céder par la présente, à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance inc. 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 à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance inc. les prestations payables par suite de la présentation par l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance inc. d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.

3. J'autorise l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance inc. à transmettre les renseignements contenus à mon dossier de réclamations à des tiers, qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui me sont payables, le cas échéant, dans le cadre de la présente demande de règlement.

4. J'autorise l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance inc. 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.

5. J'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des renseignements ou des documents à mon sujet ou au sujet d'un membre de ma famille sur mon état de santé ou celui d'un membre de ma famille (y compris tous renseignements médicaux antérieurs) à communiquer ces renseignements ou à transmettre ces dossiers à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance inc., et à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

6. 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.

1. I declare that I have not received from the Régie de l'assurance maladie du Québec or from a third party any amount nor any sum relating to the attached claim.

2. I hereby agree to assign to Canassurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc. all benefits payable by third parties for losses covered under the policy. Furthermore, following the application for reimbursement from Canassurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc., I authorize third parties to pay Canassurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc., the benefits payable regarding these losses.

3. I authorize Canassurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc. to provide the information contained in my claim file to third parties, for their use, within the context of this claim, to determine the benefits payable, if the case arises.

4. I hereby authorize Canassurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc. to make payments pertaining to the expenses claimed, directly, when required, to any institution and/or any other provider of services.

5. I hereby authorize any licensed physician, practitioner, hospital or medical institution, insurance company, the Medical Information Bureau or any other agency, institution or person who has information or documents about me or a member of my family, or my state of health or that of a member of my family (including all previous medical reports) to convey that information or forward those documents to Canassurance Hospital Service Association and CanAssistance Inc., and to the Régie de l'assurance maladie du Québec.

6. I declare that the information and details given on this form and the information provided in the attached documents are complete and true, and I am aware that any false declaration shall nullify the insurance certificate or insurance policy.

2 X

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE – SIGNATURE OF THE BENEFICIARY

AAAA-MM-JJ / YYYY-MM-DD
Date

Si celui-ci n'est pas le bénéficiaire, lien avec le bénéficiaire (père, mère, etc.):
If not the beneficiary, relationship (father, mother, etc.):

Une photocopie ou une télécopie de cette autorisation est considérée aussi valide que l'original - A photocopy or a fax of this authorization shall be considered as valid as the original

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, SIGNER ET COMPLÉTER LE VERSO
PLEASE ANSWER ALL THE QUESTIONS, SIGN AND COMPLETE THE BACK**

DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE VOYAGE CLAIM FORM – TRAVEL INSURANCE

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE – FOR OFFICE USE

BÉNÉFICIAIRE (PATIENT) – BENEFICIARY (PATIENT)

NUMERO D'ASSURANCE MALADIE <i>HEALTH INSURANCE NUMBER</i>	NOM DE FAMILLE – <i>FAMILY NAME</i>	PRÉNOM – <i>FIRST NAME</i>			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">LETTRES - <i>LETTERS</i></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">CHIFFRES - <i>NUMBERS</i></td> </tr> </table>	LETTRES - <i>LETTERS</i>	CHIFFRES - <i>NUMBERS</i>	NOM DE FAMILLE (inscrit sur la carte d'assurance maladie) <i>LAST NAME (as appearing on health insurance card)</i>	DATE DE NAISSANCE – <i>DATE OF BIRTH</i> A - Y M - M J - D	SEXE - <i>SEX</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
LETTRES - <i>LETTERS</i>	CHIFFRES - <i>NUMBERS</i>				

1	Adresse du domicile au Québec – <i>Home address in Québec</i> <small>N° - No RUE - STREET</small>	CODE POSTAL – <i>POSTAL CODE</i>	TÉLÉPHONE – <i>TELEPHONE</i>
2	Adresse de correspondance ou de paiement (si différente) – <i>Address for correspondence or payment (if different)</i> <small>N° - No RUE - STREET</small>	CODE POSTAL – <i>POSTAL CODE</i>	TÉLÉPHONE – <i>TELEPHONE</i>
3	COURRIEL: <i>E-MAIL:</i>		

ENVOI DU CHÈQUE: <input type="checkbox"/> ADRESSE 1	ADRESSE 2	ENVOI DE CORRESPONDANCE: <input type="checkbox"/> ADRESSE 1	ADRESSE 2
--	------------------	--	------------------

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC – PERIODS OF TIME SPENT OUTSIDE QUÉBEC

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé - <i>Period during which you received healthcare services</i>				Si vous avez fait d'autres séjours de PLUS DE 21 JOURS CONSÉCUTIFS au cours de l'année civile à l'extérieur du Québec (du 1er janvier au 31 décembre), PRÉCISEZ: <i>If you travelled for of MORE THAN 21 CONSECUTIVE DAYS outside Québec during the calendar year (January 1 to December 31), PLEASE SPECIFY:</i>			
Date de départ du Québec <i>Date of departure from Québec</i> A - Y M - M J - D	Date de retour au Québec – <i>Date of return to Québec</i> Réelle – <i>Actual</i> Prévue (si différente) – <i>Planned (if different)</i> A - Y M - M J - D A - Y M - M J - D			1er séjour – 1st trip			
		Date de départ – <i>Departure date</i> A - Y M - M J - D	Date de retour – <i>Return date</i> A - Y M - M J - D				
		2e séjour – 2nd trip					
		Date de départ – <i>Departure date</i> A - Y M - M J - D	Date de retour – <i>Return date</i> A - Y M - M J - D				
		3e séjour – 3rd trip					
		Date de départ – <i>Departure date</i> A - Y M - M J - D	Date de retour – <i>Return date</i> A - Y M - M J - D				

Motif du séjour (cochez une seule case) – *Reason for trip (check one box only)*

Vacances ou séjour saisonnier
Vacation or seasonal absence

Travail Nom de l'employeur:
Work Employer's name:

Études Joindre une attestation écrite de la maison d'enseignement, précisant les dates de début et de fin de vos cours
Studies Include a written certificate from the institution indicating the dates of the beginning and end of your courses

Recevoir des soins Si vous avez fait une demande d'autorisation à la Régie, inscrire le numéro:
Receive medical care If you made a request of authorization to the Régie, write the number:

Autre Précisez:
Other Specify:

SERVICES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC – HEALTHCARE SERVICES OUTSIDE QUEBEC

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services de santé:
Indicate why you received healthcare services:

S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type: – *In the case of an accident, specify the type of accident:*

D'automobile De travail Autre (précisez):
Car Work Other (specify):

Date de l'accident
Date of the accident A - Y M - M J - D

Descrivez les services reçus (Ex.: tests, radiographies, chirurgie, etc.) Si nécessaire, continuez sur une autre feuille
Describe the services received (Ex.: tests, X-rays, surgery, etc.) If necessary, continue on a separate piece of paper

Lieu où vous avez reçu ces services – *Where did you receive these services*
Ville - *City*

Province (Canada) ou État (États-Unis) – *Canadian province or U.S. state*

Pays - *Country*

S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation:
If applicable, indicate the number of days you were hospitalized:

REMBOURSEMENT – REIMBURSEMENT

Montant demandé: <i>Amount claimed:</i>	<input type="checkbox"/> Dollars canadiens <input type="checkbox"/> Autre devise (précisez): <i>Canadian dollars Other currency (specify):</i>	Les factures ont-elles été payées? – <i>Were bills paid?</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Totalement <input type="checkbox"/> Partiellement: <i>No Yes Totally Partially:</i>
		Montant payé – <i>Paid amount</i>

SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC – HEALTHCARE SERVICES IN QUEBEC

Si vous avez consulté un médecin au Québec dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez: <i>If you consulted a doctor in Québec during the last 6 months prior to your trip, specify:</i>	Si vous avez été hospitalisé au Québec dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez: <i>If you were hospitalized in Québec during the last 6 months prior to your trip, specify:</i>
Nom: <i>Name:</i>	Nature de la maladie: <i>Nature of illness:</i>
Adresse: <i>Address:</i>	Nom de l'hôpital: <i>Name of hospital:</i>
Nature de la maladie: <i>Nature of illness:</i>	No de dossier: <i>File number:</i>
Date de la dernière visite: <i>Date of last visit:</i> A - Y M - M J - D	
Indiquez le nom des médicament(s) que vous preniez dans les 6 mois précédant le départ: <i>List the medication(s) you were taking in the 6 months period prior to your trip:</i>	

AUTRES ASSURANCES – OTHER INSURANCE

Veillez remplir la section ci-dessous si vous détenez une autre assurance voyage / *Complete the section below if you have other travel insurance coverage*

Assurance collective: <i>Group Insurance:</i>	N° de la police <i>Policy No:</i>	N° d'identification <i>Certificate No:</i>
Carte de crédit bancaire: <i>Bank credit card:</i>	N° de la carte: <i>Card No:</i>	
Autre assurance voyage: <i>Other travel insurance:</i>		

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, COMPLÉTER ET SIGNER LE RECTO
PLEASE ANSWER ALL THE QUESTIONS, COMPLETE AND SIGN THE BACK