

**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, joindre la copie originale de tous vos reçus et faire parvenir à : **CANASSISTANCE - RÈGLEMENTS ASSURANCE VOYAGE  
CASE POSTALE 910, SUCCURSALE B,  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 3K8**
- 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, and send in the original copy to the following address: **CANASSISTANCE - TRAVEL CLAIMS DEPARTMENT  
P.O. BOX 910, STATION B  
MONTREAL (QUEBEC) H3B 3K8***

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 moulées) \_\_\_\_\_  
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.

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.

**1 X**

**SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE – SIGNATURE OF THE BENEFICIARY**

**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)

<b>NUMERO D'ASSURANCE MALADIE</b> <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 <b>1</b>	ADRESSE <b>2</b>	ENVOI DE CORRESPONDANCE: <input type="checkbox"/> ADRESSE <b>1</b>	ADRESSE <b>2</b>
--	------------------	--	------------------

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

<b>Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé - <i>Period during which you received healthcare services</i></b> Date de départ du Québec <i>Date of departure from Québec</i> <small>A - Y      M - M      J - D</small> Date de retour au Québec – <i>Date of return to Québec</i> Réelle – <i>Actual</i> Prévue (si différente) – <i>Planned (if different)</i> <small>A - Y      M - M      J - D      A - Y      M - M      J - D</small>	Si vous avez fait d'autres séjours de <b>PLUS DE 21 JOURS CONSÉCUTIFS</b> au cours de l'année civile à l'extérieur du Québec (du 1er janvier au 31 décembre), <b>PRÉCISEZ:</b> <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>
<b>Motif du séjour (cochez une seule case) – <i>Reason for trip (check one box only)</i></b> <input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier <i>Vacation or seasonal absence</i> <input type="checkbox"/> Travail <i>Work</i> Nom de l'employeur: <i>Employer's name:</i> <input type="checkbox"/> Études <i>Studies</i> Joindre une attestation écrite de la maison d'enseignement, précisant les dates de début et de fin de vos cours <i>Include a written certificate from the institution indicating the dates of the beginning and end of your courses</i> <input type="checkbox"/> Recevoir des soins <i>Receive medical care</i> Si vous avez fait une demande d'autorisation à la Régie, inscrire le numéro: <i>If you made a request of authorization to the Régie, write the number:</i> <input type="checkbox"/> Autre <i>Other</i> Précisez: <i>Specify:</i>	<b>1er séjour – 1st trip</b> Date de départ – <i>Departure date</i> Date de retour – <i>Return date</i> <small>A - Y      M - M      J - D      A - Y      M - M      J - D</small> <b>2e séjour – 2nd trip</b> Date de départ – <i>Departure date</i> Date de retour – <i>Return date</i> <small>A - Y      M - M      J - D      A - Y      M - M      J - D</small> <b>3e séjour – 3rd trip</b> Date de départ – <i>Departure date</i> Date de retour – <i>Return date</i> <small>A - Y      M - M      J - D      A - Y      M - M      J - D</small>

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

<b>Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services de santé: <i>Indicate why you received healthcare services:</i></b> S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type: – <i>In the case of an accident, specify the type of accident:</i> <input type="checkbox"/> D'automobile <i>Car</i> <input type="checkbox"/> De travail <i>Work</i> <input type="checkbox"/> Autre (précisez): <i>Other (specify):</i>			Date de l'accident <i>Date of the accident</i> <small>A - Y      M - M      J - D</small>
Décrivez les services reçus (Ex.: tests, radiographies, chirurgie, etc.) Si nécessaire, continuez sur une autre feuille <i>Describe the services received (Ex.: tests, X-rays, surgery, etc.) If necessary, continue on a separate piece of paper</i>		Lieu où vous avez reçu ces services – <i>Where did you receive these services</i> Ville - <i>City</i> Province (Canada) ou État (États-Unis) – <i>Canadian province or U.S. state</i> Pays - <i>Country</i>	
S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation: <i>If applicable, indicate the number of days you were hospitalized:</i>			

## REMBOURSEMENT – REIMBURSEMENT

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

## SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC – HEALTHCARE SERVICES IN QUEBEC

Si vous avez consulté un <b>médecin</b> 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> Nom: <i>Name:</i> _____ Adresse: <i>Address:</i> _____ Nature de la maladie: <i>Nature of illness:</i> _____ Date de la dernière visite: <i>Date of last visit:</i> <small>A - Y      M - M      J - D</small>	Si vous avez été <b>hospitalisé</b> 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> Nature de la maladie: <i>Nature of illness:</i> _____ Nom de l'hôpital: <i>Name of hospital:</i> _____ No de dossier: <i>File number:</i> _____
Indiquez le nom des <b>médicament(s)</b> 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

<b>Veillez remplir la section ci-dessous si vous détenez une autre assurance voyage / <i>Complete the section below if you have other travel insurance coverage</i></b>			
Assurance collective: <i>Group Insurance:</i>	N° de la police <i>Policy No:</i>	N° d'identification <i>Certificate No:</i>	Nom de l'assureur – <i>Name of the insurance company</i>
Carte de crédit bancaire: <i>Bank credit card:</i>	N° de la carte: <i>Card No:</i>	Nom de l'institution financière – <i>Name of the financial institution</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