

MARCHE À SUIVRE

- A. Inscire 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 le recto et le verso du formulaire et SIGNER LE MANDAT;
 C. Veuillez vous assurer d'inscrire le code de version (une ou deux lettres) de votre carte santé pour ne pas entraîner de retard dans le traitement de votre demande;
 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**
C.P. 4439, SUCCURSALE A
TORONTO (ONTARIO) M5W 3Z4

NOM DE L'ASSUREUR	(Optionnel) N° DE GROUPE
N° DE CONTRAT	(Optionnel) N° DE DOSSIER

MANDAT

- Je, soussigné _____ autorise par les présentes CanAssistance inc. ainsi que ses signataires autorisés à recevoir, endosser et négocier en mon nom tout chèque ou tout autre type de paiement provenant de l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP) pour le remboursement de réclamations en lien avec toute hospitalisation et tout service médical reçu durant un voyage à l'extérieur de mon lieu de résidence pendant la période de couverture de mon assurance voyage et conformément à celle-ci, incluant toute prolongation autorisée de ladite couverture.
- J'autorise OHIP à verser tout montant relatif à ma réclamation pour des services de santé reçus durant un tel voyage directement à CanAssistance inc. Je libère l'OHIP, suite au versement du règlement à CanAssistance inc., de toute autre demande de règlement et cause d'action reliée à celle-ci.
- Je consens à ce que CanAssistance inc. et l'OHIP collecte directement et indirectement toute information contenue dans ma réclamation, incluant les documents source, en accord avec les lois provinciales applicables.
- Je consens à ce que l'OHIP divulgue à CanAssistance inc. toute information personnelle me concernant et pertinente à l'étude de la réclamation relative auxdits services de santé, incluant les détails de tout montant m'ayant déjà été payé.
- Je cède à 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 directement à CanAssistance inc. les prestations payables par suite de la présentation par CanAssistance inc. d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.
- J'autorise CanAssistance inc. 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.
- Je certifie que les présentes informations sont complètes et véridiques au meilleur de mes connaissances et j'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, l'OHIP, 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 CanAssistance inc.

X
SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE
DATE

Si celui-ci n'est pas le bénéficiaire, lien avec le bénéficiaire (père, mère, etc.) : _____

Une photocopie ou une télécopie de cette autorisation est considérée aussi valide que l'originale

BÉNÉFICIAIRE		NOM DE FAMILLE (tel qu'inscrit sur la carte santé)		PRÉNOM (tel qu'inscrit sur la carte santé)	
Numéro de carte santé		DATE DE NAISSANCE		SEXÉ	
CHIFFRES		Année Mois Jour		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LETTRES (Code de version)		TÉLÉPHONE - DOMICILE		CELLULAIRE	

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER LE VERSO

DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE VOYAGE



TITULAIRE DU CONTRAT (SI DIFFÉRENT DU BÉNÉFICIAIRE)

NOM DE FAMILLE (tel qu'inscrit sur la carte santé)	PRÉNOM (tel qu'inscrit sur la carte santé)	DATE DE NAISSANCE <small>Année Mois Jour</small>	SEXES <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	--	---	--

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

DÉTAILS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT

NOM DE L'EMPLOYEUR			
1	Adresse du domicile en Ontario <small>N° RUE App.</small>	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
2	Adresse de correspondance ou de paiement (si différente) <small>N° RUE App.</small>	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
3	COURRIEL:		CELLULAIRE
ENVOI DU CHÈQUE: <input type="checkbox"/> ADRESSE 1 <input type="checkbox"/> ADRESSE 2 ENVOI DE CORRESPONDANCE: <input type="checkbox"/> ADRESSE 1 <input type="checkbox"/> ADRESSE 2			

SÉJOUR À L'EXTÉRIEUR DE L'ONTARIO

Dates du voyage au cours duquel vous avez reçu les services de santé											
Date de départ <small>Année Mois Jour</small>			Date de retour en l'Ontario <small>Réelle Année Mois Jour</small>						Prévue (si différente) <small>Année Mois Jour</small>		
Motif du séjour (cochez une seule case)											
<input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier											
<input type="checkbox"/> Travail Nom de l'employeur : _____											
<input type="checkbox"/> Études Joindre une attestation écrite de l'établissement, précisant les dates de début et de fin de vos cours											
<input type="checkbox"/> Recevoir des soins Si vous avez fait une demande d'autorisation à l'OHIP, inscrivez le numéro : _____											
<input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____											

REMBOURSEMENT

Montant demandé :
Devise : <input type="checkbox"/> Dollars canadiens <input type="checkbox"/> Autre devise (précisez) : _____
Les factures ont-elles été payées? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Entièrement <input type="checkbox"/> Partiellement : _____ Montant payé

SERVICES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DE L'ONTARIO

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services de santé :		
S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type : <input type="checkbox"/> D'automobile <input type="checkbox"/> De travail <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		Date de l'accident <small>Année Mois Jour</small>
Décrivez les services reçus (Ex.: tests, radiographies, chirurgie, etc.) Si nécessaire, continuez sur une autre feuille		Lieu où vous avez reçu ces services Ville _____ Province (Canada) ou État (États-Unis) _____ Pays _____
		S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation: _____

SERVICES DE SANTÉ EN ONTARIO

Si vous avez consulté un médecin en Ontario dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez : Nom : _____ Adresse : _____ Nature de la maladie : _____ Date de la dernière visite: <small>Année Mois Jour</small>	Si vous avez été hospitalisé en Ontario dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez: Nature de la maladie : _____ Nom et adresse de l'hôpital : _____ No de dossier : _____
Indiquez le nom des médicament(s) que vous preniez dans les 6 mois précédant le départ:	

AUTRES ASSURANCES

Veillez remplir la section ci-dessous si vous détenez une autre assurance voyage												
Assurance collective ou autre assurance voyage : _____	Nom de l'assureur	N° de la police _____	N° d'identification _____									
Carte de crédit bancaire: _____	Nom de l'institution financière	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>					Date d'expiration

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER LE RECTO