

SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

VOICI LES ÉTAPES POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Étape 1 . . . Rassembler toutes vos factures originales détaillées.

Étape 2 . . . Remplir et signer la *Demande de règlement*.

Étape 3 . . . Remplir et signer le formulaire d'assurance maladie de votre province de résidence.

Étape 4 . . . Fournir une preuve de la date de départ de votre province de résidence, si vous soumettez une demande de règlement sous un Plan Annuel.

LISTE DE CONTRÔLE

Avez-vous :

- Rempli et signé la *Demande de règlement*?
Tout formulaire incomplet sera retourné et retardera le traitement de votre réclamation.
- Joint l'ensemble des factures originales?
Les photocopies ne sont pas acceptées.
- Rempli et signé le formulaire d'assurance maladie de votre province?
Tout formulaire incomplet sera retourné et retardera le traitement de votre réclamation.
- Joint une preuve de votre date de départ de votre province de résidence (si vous soumettez une demande de règlement sous un Plan Annuel)?
- Conservé une copie pour vos dossiers?

NOTES IMPORTANTES

- Les documents ci-haut mentionnés doivent être reçus dans les 90 jours suivant votre retour de voyage.
- Les factures sous forme de coupon de caisse ne seront pas considérées aux fins de remboursement.
- Les frais additionnels pour toute documentation de support sont sous votre responsabilité.

ENVOYEZ L'ENSEMBLE DE VOS DOCUMENTS À :

La Survivance-Voyage
Att : Département des réclamations
247, boul. Thibeau
Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

Pour un suivi de votre réclamation

Sans frais : 1-800-268-9633
Courriel : suivreclamation@tourmed.ca

Assurance voyage collective

Ce formulaire est nécessaire, que vous ayez payé des frais vous-même ou non.

Ce formulaire de réclamation doit être rempli, signé et retourné à nos bureaux le plus tôt possible, mais pas plus de 90 jours suivant votre retour dans votre province de résidence.

Si vous éprouvez des difficultés à remplir ce formulaire, notre Service des réclamations est disponible pour répondre à toutes vos questions du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00. Composez sans frais le 1 800 268-9633 ou à frais virés le 819 377-1777.

VEUILLEZ INCLURE LES DOCUMENTS PERTINENTS SUIVANTS

- Les factures originales détaillées et/ou les reçus originaux détaillés. Notez que les photocopies ou coupons de caisse ne sont pas acceptés.
- **Une preuve*** de la **Date de départ** de votre province de résidence est requise.

*(carte d'embarquement, billet d'avion, reçu de carte de crédit ou confirmation obtenue aux douanes/immigration).

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nom et adresse de l'assuré(e) où le remboursement doit être expédié.

Prénom _____ Nom _____ # de contrat _____

No _____ Rue _____ # app. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone : (_____) _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____

No d'assurance maladie _____ jj _____ mm _____ aa

Courriel : _____ Je souhaite être remboursé en : CAN USD

Nom de l'employeur : _____

Possédez-vous une autre assurance voyage (privée, groupe, Medicare, carte de crédit)? OUI NON

Compagnie : _____ N° de police : _____ Téléphone : (_____) _____

PERSONNES À CHARGE - à compléter si la demande est pour une Personne à charge

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Lien avec le Participant : _____

jj _____ mm _____ aa

Signature de la Personne à charge (si majeure)

Si la demande concerne un enfant à charge :

L'enfant à charge est-il marié ? OUI NON Habite-t-il de façon habituelle avec le Participant ? OUI NON

Fréquente-t-il le cégep ou l'université ? OUI NON

Si oui, nom et adresse de l'établissement : _____

DÉPENSES ENGAGÉES

Inscrire les détails et les montants de vos dépenses. (S'il vous faut plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée.)

Nom du fournisseur des services médicaux (ou tout autre type de frais engagés)	Date du service reçu jj/mm/aa	Montant de la facture	Montant payé par vous	Devise
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

RÉCLAMATION POUR FRAIS MÉDICAUX (RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS)

- a) S.v.p., cocher les cases pertinentes : Maladie Accident Autre Spécifiez : _____
- b) Soins reçus : En cabinet/clinique En salle d'urgence d'un hôpital Lors d'une hospitalisation
- c) Les frais ont-ils été engagés lors d'un déplacement professionnel ? OUI NON
- d) S.v.p., veuillez fournir les dates et un résumé des détails reliés à cette réclamation.

- e) Dans le passé, avez-vous été soigné(e) pour ces symptômes ou maladies : OUI NON
Si OUI, s.v.p., veuillez fournir les dates et endroits de consultation.

- f) Veuillez fournir le nom et les coordonnées de votre médecin de famille au Canada.

Je n'ai pas de médecin de famille

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

AUTORISATION ET ATTESTATION

Par les présentes, je cède à La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance (l'Assureur) toute indemnité pouvant provenir d'autres sources pour les frais couverts par la présente police d'assurance. Je demande également à ces sources de faire parvenir à l'Assureur tout versement à l'égard de ma demande de règlement relativement à ces sinistres et les autorise à échanger des renseignements pour faciliter le processus.

J'autorise tout médecin, hôpital, autre professionnel de la santé, autre établissement de soins, sociétés d'assurance et toute autre personne qui m'a soigné ou examiné ainsi que toute autre source impliquée dans cette réclamation à communiquer à l'Assureur des renseignements médicaux me concernant ou tout autre renseignement nécessaire dans l'administration de cette réclamation. Je consens également à ce que l'Assureur communique ces renseignements à d'autres sources en vue de procéder à la coordination des prestations, le cas échéant.

Je certifie que je ne bénéficie d'aucune autre assurance que celles mentionnées dans ce formulaire de demande de règlement.

Je comprends que le fait de faire des déclarations erronées ou trompeuses relativement à une demande de règlement entraînera l'annulation de la police d'assurance.

J'atteste que les renseignements fournis à l'égard de la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, vrais, complets et exacts.

Une photocopie, un fac-similé ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Signature du conjoint réclamant (si applicable) : _____ **Date :** _____

Signature du Participant : _____ **Date :** _____

**RÉSIDENTS DE L'ONTARIO:
RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MALADIE - AUTORISATION ET DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ**

1- AUTORISATION ET DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ

Je, _____ soussigné(e) autorise irrévocablement le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (« le ministère ») à effectuer tout paiement directement à La Survivance-Voyage compagnie d'assurance (« la compagnie ») à l'égard de ma demande de règlement pour les services médicaux que j'ai reçus à l'extérieur du Canada, et une fois le paiement effectué, je dégage le ministère de toute responsabilité vis-à-vis de tout autre demande ou de toute autre cause d'action à cet égard.

2- CONSENTEMENT

O Si le consentement est donné pour soi-même:

J'autorise le ministère à recueillir les renseignements personnels sur la santé suivants à mon sujet :

- renseignements portant sur les services de santé que j'ai reçus à l'extérieur du Canada; et
- renseignements se rapportant au remboursement de ces services conformément à la *Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, chapitre H.6*

auprès de la compagnie. J'autorise également le ministère à divulguer à la compagnie tout renseignement personnel sur la santé requis pour vérifier ma demande de règlement conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*, y compris les détails de tout paiement en double qui m'a été versé antérieurement.

Je comprends les raisons pour lesquelles le ministère recueille et divulgue ces renseignements personnels sur la santé.
Je comprends que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement.

O Si le consentement est donné au nom d'une personne incapable de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels sur la santé:

Je, _____ soussigné(e), suis le mandataire spécial de _____ (nom de la personne assurée dont vous êtes le mandataire spécial).

J'autorise le ministère à recueillir les renseignements personnels sur la santé suivants au sujet de la personne assurée:

- renseignements portant sur les services de santé que la personne assurée a reçus à l'extérieur du Canada; et
- renseignements se rapportant au remboursement de ces services conformément à la *Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, chapitre H.6*

auprès de la compagnie. J'autorise également le ministère à divulguer à la compagnie tout renseignement personnel sur la santé requis pour vérifier ma demande de règlement conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*, y compris les détails de tout paiement en double qui m'a été versé antérieurement.

Je comprends les raisons pour lesquelles le ministère recueille et divulgue ces renseignements personnels sur la santé.
Je comprends que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement.

Remarque: Un mandataire spécial est une personne autorisée par la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* à consentir, au nom d'une autre personne, à la divulgation de renseignements personnels sur la santé concernant cette autre personne.

3- AUTORISATION

Mon nom

Adresse

Tél. (résidence) / Tél. (travail)

CARTE OHIP version code

Signature Date J/M/A

Nom du témoin

Adresse

Tél. (résidence) / Tél. (travail)

Signature Date J/M/A