

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.
- Veuillez fournir des documents lisibles. Les photos ne sont pas acceptées.

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 (ci-après « l'assureur ») toute indemnité pouvant provenir d'autres sources, dont notamment, mais non exclusivement, des compagnies d'assurances, lignes aériennes, agences de voyages et toutes autres sources, pour les sinistres couverts par le présent contrat. Je demande également à ces sources de faire parvenir directement à l'*assureur* tout versement à l'égard de toute demande de règlement relative à ces sinistres. Par la même occasion, j'autorise ces sources et l'*assureur* à communiquer entre eux tout renseignement pertinent pour les fins de ce processus.

J'autorise l'*assureur* à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, et à utiliser, tout renseignement médical ou autres renseignements à mon sujet, détenus notamment mais non exclusivement, par tout médecin, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, ou tout autre organisme, institution, compagnie ou personne (ci-après « Tiers ») ayant des renseignements ou des documents pertinents pour les fins de l'étude de toute réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance. Je comprends que ces renseignements pourront être communiqués à ces Tiers situés dans ma province de résidence ou à l'extérieur de celle-ci.

Je comprends qu'à défaut d'autoriser La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance, à recueillir et à utiliser ces renseignements, cela pourrait engendrer une limitation/réduction des bénéfices ou le refus de la réclamation, tel que stipulé dans les termes et conditions de la police d'assurance. Une copie ou télécopie de cette autorisation est considérée comme valide autant que l'originale.

Je déclare être au fait des droits octroyés par la "Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé", dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels.

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 et complets.

Une photocopie, télécopie ou copie électronique de la présente autorisation est considérée comme valide autant que l'original.

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

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

The information on this form is being collected and used by Alberta Health pursuant to sections 20(a) and (b) of the *Health Information Act* and section 33(c) of the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* for the purpose of assigning the payment of insured medical under the Alberta Health Care Insurance Plan and insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan to the insurer of third party named in this form. If you have questions about the collection and use of this information, please contact an Alberta Health representative toll free within Alberta at 310-000 then 780-427-1432.

Note: Failure to complete all sections of this form will result in Alberta Health not releasing health information or reimbursing an insurance claim. Proof of payment must be submitted with the insurance claim.

Patient Information

 Name of Patient - please print

 Alberta Personal Health Number (PHN)

 PHN of Patient

Authorization for Release of Health Information

My health information can be released to:

LS TRAVEL INSURANCE COMPANY

Name of insurance company, and where applicable, the name of a broker submitting on behalf of the insurance company, or third party who is not an insurer (e.g. junior hockey clubs, churches).

to permit Alberta Health for reimbursement of health benefits paid on my behalf for the cost of insured health services by the insurer or third party which I received outside of Alberta.

Authorization of Payment

I, _____ hereby assign to LS-TRAVEL INSURANCE COMPANY
 Name of Patient Name of Payee

any amounts payable to me by Alberta Health for out of country health benefits.

Effective Date

This consent is effective From _____ (Departure date)
 Date (yyyy-mm-dd)

To _____ (at least 18 months from the earliest date of service to ensure sufficient time for processing). Please note: the submitter has up to 365 days from the date of medical service to submit a claim to Alberta Health.
 Date (yyyy-mm-dd)

Declaration

I, the patient, authorize disclosure of the following information for the purposes of Alberta Health to reimbursing health benefits paid on my behalf for the cost of insured health services received outside of Alberta, which may include the following: date(s) of service(s), type(s) of service(s) and reason(s) for service(s), amount(s) paid, name(s) of service provider(s), and where applicable, the facility name, and personal health number.

I also understand I have been asked to authorize disclosure of this information so as to permit Alberta Health to reimburse the identified insurance company, or third party who is not an insurer that has paid a medical service claim on my behalf, and I am aware of the risks and benefits of consenting, or refusing to consent to the disclosure. I further understand that this consent may be revoked by submitting such revocation to the Out-of-Country Claims Unit of Alberta Health.

I, certify that the information provided above on this form is true and correct.

 Please print name of person signing

 Signature of person completing request (if 18 years of age and over)
 - or -
 Signature of authorized representative (if person completing request is under 18 years of age or wholly dependent on the authorized representative by reason of mental or physical infirmity).

Please return this completed form to secondary insurance company.

If this document is being signed by someone other than the resident or the resident's parent, the individual signing **must** be a legal representative of the resident and must be accompanied by notarized copies of any legal documents that establish to the satisfaction of Alberta Health the individual's legal authorization to sign on behalf of the resident.