



## Demande de règlement pour assurance voyage

DEMANDES DE RÈGLEMENT TRAITÉES PAR DESJARDINS ASSURANCES

**Veillez inscrire vos numéros d'entreprise et de certificat.**

Numéro d'entreprise	Numéro de certificat
---------------------	----------------------

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Prénom(s) de l'employé \_\_\_\_\_

Adresse postale complète de l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_ Lien avec l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans?  Oui  Non Si oui, précisez le nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Si le patient est un enfant à charge, l'enfant :  souffre d'une déficience fonctionnelle, physique ou mentale

est un étudiant (nom et lieu de l'établissement d'enseignement) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dates des études (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

**Départ de la province de résidence (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ Retour initialement prévu (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_ Premier traitement (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_**

Êtes-vous ou vos personnes à charge assuré en vertu d'un autre régime d'assurance?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré. \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'assureur \_\_\_\_\_ Numéro de la police \_\_\_\_\_

**Cette demande est le résultat**  **d'une maladie imprévue (procédez à la prochaine section)**  **d'un accident (complétez cette section)**

Nature de l'accident \_\_\_\_\_ Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

Date de l'accident \_\_\_\_\_ Nom et adresse de l'avocat qui vous représentera relativement à l'accident \_\_\_\_\_

Détails de l'accident \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Pourquoi avez-vous nécessité des soins médicaux? Quelle était la nature de la maladie ou de la lésion? \_\_\_\_\_

Médecin traitant

Nom \_\_\_\_\_ Avez-vous été hospitalisé?  Non  Oui

Adresse \_\_\_\_\_ Si non, qui à fournit les soins?

Adresse du médecin familial au domicile

Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Si oui, où avez-vous été hospitalisé?

### DÉCLARATION DES FRAIS ENCOURUS (JOINDRE LES REÇUS)

	Nom de l'organisme sur la facture	Date du service	Montant/Monnaie
Hôpital	_____	_____	_____
Services d'ambulance	_____	_____	_____
Médicaments d'ordonnance	_____	_____	_____
Autres	_____	_____	_____

**TOTAL** Veuillez payer :  le fournisseur de services  l'employé \_\_\_\_\_

### TOUTES LES FACTURES ÉCRITES DANS UNE LANGUE AUTRE QUE LE FRANÇAIS OU L'ANGLAIS DOIVENT ÊTRE ACCOMPAGNÉES D'UNE TRADUCTION.

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant. Je comprends que les frais indiqués sur ce formulaire peuvent ne pas être remboursables ou ne l'être qu'en partie. Je reconnais donc que je suis financièrement responsable du coût total des services reçus et que la présente ne constitue qu'une demande de règlement des frais admissibles.

Aux fins de l'administration du régime d'avantages sociaux, de toute évaluation, de toute enquête, de la gestion des demandes de règlement, de la souscription et pour déterminer l'admissibilité au régime, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels concernant la présente demande. La liste non exhaustive de sources à partir desquelles l'information peut être puisée comprend des professionnels de la santé ou d'établissement de santé, des compagnies d'assurance, d'autres organisations ou personnes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils sont visés par ma demande. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé ou de son mandataire \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Exclusions et restrictions

Aucune prestation d'assurance soins médicaux complémentaire n'est payable dans les cas suivants :

- frais relatifs à des frais médicaux expérimentaux, traitements ou fournitures, ou frais demandés pour des services qui ne sont pas médicalement nécessaires;
- médicaments, injections ou produits nécessaires au traitement de l'obésité;
- vaccins donnés pour le voyage, médicaments brevetés, frais d'examen de l'état général de santé et honoraires de médecins;
- services ou traitements donnés par une personne liée par le sang ou par le mariage ou vivant au domicile de l'assuré (dans le cas, par exemple, d'un assuré vivant avec un dentiste ou un pharmacien);
- services, traitements ou fournitures donnés à l'employé par l'employeur;
- frais engagés par suite d'une blessure auto-infligée intentionnellement, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
- frais de traitement esthétique, sauf à la suite d'une blessure accidentelle;
- traitement pour des blessures subies pendant que l'assuré commet ou tente de commettre une infraction criminelle;
- frais dont le remboursement est prévu aux termes de la *Loi sur les accidents du travail* ou une loi similaire, un régime de l'État ou un autre régime;
- blessures causées, directement ou indirectement, par une insurrection ou la guerre, ou la participation à une émeute ou à des désordres civils;
- accessoires de bien-être et médicaments ou accessoires pour le dysfonctionnement érectile;
- renouvellements de médicaments oubliés ou perdus;
- services, traitements ou fournitures reçus par l'assuré sans frais, ou montants en excédent des frais raisonnables et coutumiers pour les traitements les moins chers qui sont médicalement appropriés;
- temps de déplacement, honoraires pour rendez-vous manqués, frais de transport, de téléphone ou de consultations indirectes;
- frais liés à la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire;
- frais liés aux implants;
- traitements et services facultatifs non indiqués dans les frais admissibles;  
- renvois à des spécialistes à l'extérieur de la province.

Pour obtenir une aide immédiate à la suite d'une urgence survenue à l'extérieur de votre province de résidence, communiquez avec le bureau de Sigma Assistel à Montréal, au Québec. Leurs bureaux sont ouverts 24 heures par jour, sept jours par semaine.

**Le numéro du service d'assistance pour le Canada et les États-Unis : 1 800 465-6390**

**Ailleurs dans le monde (à frais virés) : 514 875-9170**

## Votre identité

Le Centre de coordination a besoin des renseignements ci-dessous pour vous identifier à titre de participant à un régime.

Groupe : **Régime d'assurance collective des chambres de commerce**

Nom de l'assuré \_\_\_\_\_

Numéros d'entreprise et de certificat \_\_\_\_\_

Date d'effet de la protection \_\_\_\_\_

Vous trouverez ces renseignements dans la carte pour portefeuille fournie au bas de votre certificat d'assurance. Nous vous suggérons d'apporter votre carte lorsque vous partez en voyage.

**Pour obtenir des renseignements d'ordre général concernant une demande de règlement, veuillez communiquer avec nous.**

**Régime d'assurance collective des chambres de commerce<sup>MC</sup>**  
**1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4**  
**1 800 294-4080 (À Winnipeg 204 774-6677)**  
**[www.lecollectifdeschambres.ca](http://www.lecollectifdeschambres.ca)**

