

Les prestations payables à l'égard de frais médicaux et de voyage engagés à l'extérieur du Canada sont assujetties aux restrictions et exceptions prévues aux termes de la garantie Assurance médicale en cas d'urgence lors de voyages.

Veillez remplir entièrement les deux côtés de la présente demande, y compris tout formulaire de cession des prestations du gouvernement ci-joint. Votre demande de règlement ne sera prise en considération que si les formulaires précités sont dûment remplis.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE

Nom du propriétaire de la police _____
 Adresse du propriétaire de la police _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Numéro de téléphone : Domicile _____ Travail _____
 Numéro de la police ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient _____
 Adresse (si elle diffère de celle ci-dessus) _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Lien avec le propriétaire de la police _____
 Date de naissance ____ / ____ / ____
 JOUR MOIS ANNÉE
 Adresse _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Numéro d'assurance-maladie provinciale ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /
 J'autorise la Great-West à rembourser directement le prestataire de services.
 Signature de l'employé : _____

DÉCLARATION VISANT UNE AUTRE ASSURANCE

Si le patient a droit à des prestations d'assurance voyage ou d'assurance-maladie aux termes de toute autre police (y compris un autre régime d'assurance collective, des polices individuelles d'assurance voyage et des régimes de cartes de crédit), veuillez fournir les renseignements suivants :

Type de protection <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Carte de crédit	Type de protection <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Carte de crédit
Nom de la compagnie d'assurance _____	Nom de la compagnie d'assurance _____
Numéro de la police ou du régime _____	Numéro de la police ou du régime _____
Numéro d'identification _____	Numéro d'identification _____
Avez-vous soumis une demande de règlement à l'autre compagnie d'assurance ou communiqué avec celle-ci au sujet du présent sinistre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous soumis une demande de règlement à l'autre compagnie d'assurance ou communiqué avec celle-ci au sujet du présent sinistre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

But du voyage : Vacances Affaires Autre (précisez) _____
 Pays visité : _____
 Date de départ de la province de résidence ____ / ____ / ____ Date de retour dans la province de résidence ____ / ____ / ____
 JOUR MOIS ANNÉE JOUR MOIS ANNÉE
 À quelle date aviez-vous d'abord prévu être de retour dans votre province de résidence? ____ / ____ / ____
 JOUR MOIS ANNÉE
 Valeur totale des reçus _____ \$ Devise _____
 Le patient a-t-il droit à des prestations aux termes de son régime d'assurance-maladie provincial? Oui Non
 Dans la négative, expliquez : _____
 Veuillez décrire brièvement les circonstances à l'origine de votre demande de règlement. _____
 À quelle date la maladie s'est-elle déclarée ou la blessure a-t-elle été subie? ____ / ____ / ____
 JOUR MOIS ANNÉE

Durant l'entière période de trois mois précédant immédiatement son départ de sa province de résidence :

- Le patient a-t-il présenté de nouveaux symptômes, ou une augmentation de la fréquence ou de la gravité des symptômes? Oui Non
- Le patient a-t-il eu besoin de recevoir des soins médicaux, de consulter un médecin, d'obtenir un diagnostic ou un traitement médical, ou d'être hospitalisé? Oui Non
- Le patient devait-il subir des tests ou était-il en attente de résultats de tests? Oui Non
- Le patient a-t-il été traité par oxygénothérapie ou a-t-il eu besoin d'une telle thérapie? Son traitement ou sa médication ont-ils nécessité un changement ou été modifiés (y compris un changement de posologie ou d'utilisation)? Oui Non

DÉCLARATION ET AUTORISATION

- J'autorise/Nous autorisons tout médecin, tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical autorisés, ou toute compagnie d'assurance à fournir à La Great-West, compagnie d'assurance-vie ou à toute tierce partie désignée par celle-ci tout renseignement sur mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes traitements, ou sur l'état de santé, les antécédents médicaux ou les traitements de mes personnes à charge, ainsi que des copies de tout dossier d'hôpital ou médical. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.
- J'atteste/Nous attestons que les renseignements sont à ma/notre connaissance véridiques, corrects et complets.
- De plus, j'autorise/nous autorisons La Great-West, compagnie d'assurance-vie à recevoir des renseignements médicaux des fournisseurs et d'autres assureurs ou à leur en divulguer en vue de faciliter le paiement et la coordination de la présente demande de règlement.
- J'autorise/Nous autorisons La Great-West, compagnie d'assurance-vie et toute société ou personne désignée par celle-ci à divulguer tout renseignement me/nous concernant à tout fournisseur de soins ou de services médicaux ou à toute tierce partie tant au Canada qu'à l'extérieur du Canada. Une copie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.
- J'autorise/Nous autorisons La Great-West, compagnie d'assurance-vie et ses agents à coordonner le versement des prestations avec toute autre compagnie d'assurance pouvant avoir des obligations à respecter à l'égard de la présente demande de règlement.
- Par la présente, j'enjoins/nous enjoignons irrévocablement La Great-West, compagnie d'assurance-vie à verser et à recevoir des sommes ainsi qu'à négocier des règlements avec d'autres assureurs au nom du patient.

Propriétaire de la police (nom complet en caractères d'imprimerie)

Patient (nom complet en caractères d'imprimerie)

Signature _____

Signature _____

Date _____

Date _____

Veillez envoyer le présent formulaire et les reçus originaux à :

La Great-West, compagnie d'assurance-vie
Unité de l'assurance-maladie individuelle
Case postale 6000
Winnipeg (Manitoba) R3C 3A5, Canada
1 866 430-2863

Les renseignements personnels que vous fournissez sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime collectif.