

RELEVÉ DES FRAIS D'ANNULATION ET D'INTERRUPTION DE VOYAGE

Veillez remplir **toutes** les sections du présent formulaire et postez-le à La Great-West, aux soins du Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger, Case postale 6000, Winnipeg MB R3C 3A5.

Lorsque vous soumettez votre demande de règlement, assurez-vous d'inclure les documents requis suivants :

- Preuve du voyage prévu à l'origine (par exemple, itinéraire de voyage, billets électroniques ou papier);
- Le cas échéant, preuve du nouveau voyage prévu (par exemple, itinéraire de voyage, billets électroniques ou papier);
- Factures détaillées et preuves de paiement pour le voyage et les autres dépenses visées par la demande de règlement;
- Relevé de l'agent / du fournisseur de voyage, indiquant si un bordereau de remboursement ou une note de crédit a été délivré. Si aucun remboursement, ni aucune note de crédit ne sont offerts, fournissez une copie des modalités d'annulation, indiquant la raison pour laquelle un tel remboursement ou crédit ne sont pas offerts;
- Tout autre document à l'appui, montrant la raison pour laquelle le voyage a été annulé/interrrompu/prolongé, y compris une attestation de décès (si la perte est attribuable à un décès).
- Si la demande de règlement concerne des frais médicaux, remplissez le formulaire de demande de règlement pour frais engagés à l'étranger ainsi que le formulaire provincial d'autorisation et de cession, que vous trouverez à l'adresse www.lagreatwest.com.

Section A : Renseignements sur l'employé

Numéro de régime	Numéro d'identification	Nom du régime	
Nom de famille		Prénom	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone au domicile		Numéro de téléphone au travail	

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels que nous recueillons seront utilisés pour évaluer votre demande de règlement et pour administrer le régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de service), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou consultez le site www.lagreatwest.com.

J'autorise la Great-West, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger des renseignements personnels lorsque cela est nécessaire aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

Section B : Renseignements sur la personne à charge (ne remplir que si la demande est soumise au nom d'une personne à charge)

Prénom de la personne à charge	Nom de famille	Date de naissance
--------------------------------	----------------	-------------------

Section C : Précisions sur le voyage

But du voyage	Destination
Date de départ prévue	Date de départ réelle (s'il y a lieu)
Date de retour prévue	Date de retour réelle (s'il y a lieu)

Section D : Type de perte

Veillez indiquer la nature générale de la perte visée par la demande de règlement :

Annulation de voyage Interruption de voyage Prolongation de voyage

Date de l'annulation du voyage auprès de l'agent / du fournisseur de voyage : _____

Si la perte est attribuable à une maladie, veuillez fournir des précisions sur la maladie : _____

Date d'apparition des symptômes : _____ Date de la première consultation médicale : _____

Date du diagnostic : _____

Si la perte est attribuable à un accident, veuillez décrire comment l'accident est survenu : _____

Date de l'accident : _____

Si la perte est attribuable à un décès, veuillez confirmer la cause du décès : _____

Date du décès : _____

Si la perte est attribuable à d'autres circonstances, veuillez fournir des précisions : _____

Date à laquelle la cause de la perte est apparue pour la première fois : _____

Nom de la personne malade, blessée ou décédée : _____

Votre lien avec la personne malade, blessée ou décédée : _____

Nom et adresse du médecin de famille habituel de la personne malade, blessée ou décédée :

Nom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Nom et adresse de tout autre médecin qui peut avoir traité la personne malade, blessée ou décédée au cours des douze derniers mois :

Nom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Section E : Relevé des frais visés par la demande

Type de frais engagés	Date des frais	Montant payé	Devise	Montant remboursé par l'agent / le fournisseur de voyage

Section F : Relevé des autres protections

Est-ce que vous ou tout membre de votre famille immédiate avez droit à des prestations d'assurance voyage au titre de tout autre régime, y compris une assurance par votre employeur, une assurance individuelle (régime privé) ou une assurance de carte de crédit, qui couvrira ou a couvert une partie de la demande de règlement? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type de l'autre protection (collective, individuelle, carte de crédit)	Nom et adresse de l'autre assureur	Numéro de téléphone	Numéro de police ou de régime	Numéro d'identification

Avez-vous envoyé une demande de règlement à l'autre assureur ou sinon l'avez-vous contacté à l'égard de la présente demande de règlement? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie du règlement ou du refus qu'il a délivré.

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

Si vous souscrivez une autre assurance, veuillez signer la déclaration suivante. Nous pourrions ainsi coordonner le paiement de votre demande de règlement avec les autres assureurs. Cette déclaration doit être signée avant que votre demande de règlement puisse être évaluée.

Par les présentes, je, _____ *(Signature)* autorise La Great-West, compagnie d'assurance-vie

et ses agents autorisés à coordonner le paiement des prestations avec tout autre assureur pouvant avoir des obligations à respecter à l'égard de la présente demande de règlement. Je charge irrévocablement la Great-West d'effectuer les paiements, de recevoir les paiements et de négocier les règlements avec les assureurs en mon nom.

De plus, j'autorise la Great-West à échanger des renseignements médicaux avec des prestataires de soins et d'autres assureurs afin de faciliter le paiement et la coordination de la présente demande de règlement.

Section G : Attestation médicale

La présente section doit être remplie et signée par le médecin autorisé qui a traité la personne malade, blessée ou décédée, visée par la présente demande de règlement. Tous frais exigés pour remplir le présent formulaire doivent être acquittés par le demandeur et ne sont pas couverts par votre régime de la Great-West.

Prénom du patient	Nom de famille	Date de naissance	
Diagnostic / affection menant à la demande de règlement	Date d'apparition des symptômes	Date de la première consultation médicale	
Date de début des investigations / examens diagnostiques	Date du diagnostic	Date à laquelle le patient a été jugé inapte à voyager	
Date à laquelle le patient a été avisé de ne pas voyager	Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection dans le passé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Dans l'affirmative, veuillez indiquer ci-dessous les antécédents du patient à l'égard de cette affection ou d'autres affections connexes :

Date de consultation	Symptômes observés / Diagnostic	Traitement donné

Section G : Attestation médicale (suite)

Est-ce que l'affection était liée à la consommation d'alcool, à l'abus de drogue ou à une blessure auto-infligée? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

Est-ce que l'affection était liée à la grossesse? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

Date des dernières menstruations : _____ Date prévue de l'accouchement : _____

Le patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

Nom de l'hôpital : _____ Date d'admission : _____ Date de congé : _____

Êtes-vous le médecin de famille habituel du patient? Oui Non

Dans la négative, veuillez donner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin de famille habituel du patient :

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Veuillez donner aussi le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tout autre médecin qui a traité le patient ou qui a orienté le patient vers vous :

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

J'atteste qu'à ma connaissance, les renseignements donnés dans la présente section sont complets, véridiques et corrects.

Signature du médecin : _____ Date : _____

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____