



## Demande de règlement pour assurance voyage

DEMANDES DE RÈGLEMENT TRAITÉES PAR DESJARDINS ASSURANCES

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

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

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse postale complète de la personne employée \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Nom de la personne soignée \_\_\_\_\_ Lien avec la personne employée \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

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

Si la personne soignée est une ou un enfant à charge, l'enfant :  souffre d'une déficience fonctionnelle, physique ou mentale

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

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

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

Avez-vous droit, ou vos personnes à charge ont-elles droit, à des prestations des soins médicaux complémentaires en vertu d'un autre régime collectif?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom de la personne membre de la famille qui est assurée. \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Numéro de la police \_\_\_\_\_

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

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

Date de l'accident \_\_\_\_\_ Nom et adresse de l'avocat ou avocate 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·e

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Adresse du ou de la médecin de famille au domicile

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé·e?  Non  Oui

Si non, qui à fournit les soins?

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Si oui, où avez-vous été hospitalisé·e?

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### 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 prestataire de services  la personne employée \_\_\_\_\_

### 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 ou une membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou de ma conjointe ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisée 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.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au Régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend le personnel professionnel des soins de santé, les établissements, les prestataires de services, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne employée ou de son ou sa mandataire \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

## Exclusions et restrictions

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

- soins, traitements ou fournitures expérimentaux, ou frais pour des soins 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;
- soins ou traitements donnés par une personne liée par le sang ou par le mariage ou vivant au domicile de la personne assurée (dans le cas, par exemple, d'une personne assurée vivant avec un ou une dentiste ou un pharmacien ou une pharmacienne);
- soins, traitements ou fournitures donnés à la personne employée par l'entreprise employeuse;
- frais engagés par suite d'une blessure auto-infligée intentionnellement, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- frais de traitement esthétique, sauf à la suite d'une blessure accidentelle;
- traitement pour des blessures subies pendant que la personne assurée 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 une guerre, ou la participation à une émeute ou à un désordre civil;
- accessoires de bien-être et médicaments ou accessoires pour le dysfonctionnement érectile;
- renouvellements de médicaments oubliés ou perdus;
- soins, traitements ou fournitures reçus par la personne assurée 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 consultation téléphonique ou de consultations indirectes;
- frais liés à la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire;
- frais liés aux implants;
- traitements et soins facultatifs non indiqués dans les frais admissibles;
- renvois à des spécialistes à l'extérieur de la province ou du territoire.

Veillez consulter votre livret pour plus de détails sur les exclusions et les restrictions.

**Pour obtenir une aide immédiate à la suite d'une urgence survenue à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence, communiquez avec Voyage Assistance :**  
**Le numéro du service d'assistance pour le Canada et les États-Unis : 1 800 465-6390**  
**Ailleurs dans le monde (à frais virés) : 1 514 875-9170**  
**Leurs bureaux sont ouverts 24 heures par jour, sept jours par semaine.**

## Votre identité

Voyage Assistance a besoin des renseignements ci-dessous pour vous identifier à titre de participante ou participant à un régime.

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

Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

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

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

Vous trouverez ces renseignements sur l'application *mes-avantages*, sous *Garanties*. Nous vous suggérons d'apporter une copie imprimée de votre carte de prestations 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)**

 Assurance collective des  
**chambres de commerce**