

Urgence hors province/à l'étranger

Renseignements et documents requis pour la réclamation

- Le formulaire de réclamation pour urgence hors province/à l'étranger doit généralement être soumis dans les 90 jours, et en aucun cas plus d'un an (12 mois), suivant le paiement des frais.
- Un formulaire de réclamation distinct doit être rempli pour chaque maladie ou blessure.
- Pour assurer un traitement rapide de votre demande, veuillez vous assurer que tous les documents sont remplis et que les pièces justificatives sont fournies en même temps que la réclamation.
- Si vous avez soumis ces dépenses à un autre assureur (p. ex. assurance de carte de crédit, assurance avec votre conjoint ou conjointe), veuillez fournir une explication des prestations, y compris les montants couverts et payés par celui-ci.
- Veuillez noter que cette liste n'est pas exhaustive et que d'autres documents pourraient être nécessaires pour compléter votre réclamation.
- Les reçus originaux ne sont pas exigés; cependant, veuillez les conserver pour 12 mois suivant la date à laquelle vous avez soumis la réclamation.
- Veuillez fournir les pièces justificatives suivantes avec votre formulaire dûment rempli. Veuillez conserver une copie de ces documents pour vos dossiers.
- Soumettez tous les formulaires ensemble à la société à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez également envoyer les formulaires par télécopieur. Nous tenons à vous rappeler que le courriel n'est pas un moyen sécurisé de communication et devrait être utilisé seulement pour transmettre des renseignements non confidentiels.

! Le formulaire de réclamation ainsi que toutes les pièces justificatives exigées doivent être remplis

PIÈCES JUSTIFICATIVES EXIGÉES

- Formulaire de réclamation pour urgence hors province/à l'étranger
- Copies de tout renseignement médical qui vous a été fourni en lien avec votre diagnostic ou votre traitement
- Tout autre document comprenant des renseignements pertinents sur la consultation médicale ou le traitement
- Copie de votre carte d'assurance maladie provinciale. Si la réclamation est pour un conjoint ou une personne à charge, une copie de sa carte d'assurance maladie provinciale
- Parmi la liste ci-dessous, fournir la preuve des dates de voyage depuis et vers le Canada qui s'applique :
 - Copies de billets d'avion indiquant les dates de votre départ de votre province de résidence et de votre arrivée
 - Pour les camionneurs professionnels, des copies de votre registre de voyage indiquant les dates de votre départ de votre province de résidence et de votre arrivée
 - Copies des reçus d'hébergement
- Copies des factures que vous avez payées vous-même. Veuillez conserver les reçus originaux pour une période de 12 mois
- Relevé de carte de crédit, y compris le taux de change, si les dépenses ont été payées par carte de crédit

En mettant les formulaires de réclamation à la disposition du demandeur, la société ne s'engage à rien et ne renonce à aucune des conditions de la police d'assurance. La disponibilité de ce formulaire ne garantit pas une protection. Seules les réclamations admissibles seront payées.

VEUILLEZ ENVOYER TOUT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET PIÈCE JUSTIFICATIVE À NOS BUREAUX PAR LA POSTE OU PARTÉLÉCOPIEUR

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
iA Marchés spéciaux (Service des réclamations)
400 – 988, Broadway Ouest
C. P. 5900, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6

Tél. : 1 800 266-5667
Télécopieur : 1 866 913-3620

Urgence hors province/à l'étranger

Formulaire de réclamation

! Pour éviter tout délai dans le traitement de votre demande, veuillez envoyer le formulaire de réclamation rempli avec toutes les pièces justificatives requises.

RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT

Numéro de la police		Identifiant		Numéro de la carte d'assurance maladie provinciale du titulaire du contrat	
Nom de famille du titulaire du contrat		Prénom du titulaire du contrat		Date de naissance	Sexe
				J J - M M - A A A A	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
App.	Numéro et rue	Ville		Province	Code postal
Téléphone maison		Téléphone cellulaire		Courriel	

Avez-vous appelé notre ligne d'assistance dans les 24 heures? Oui Non Si Oui, veuillez fournir votre numéro de dossier : _____

Nom du demandeur (si différent du titulaire du contrat)	Date de naissance	Lien avec le titulaire du contrat	Numéro de la carte d'assurance maladie provinciale du demandeur
	J J - M M - A A A A		

DÉTAILS SUR LE VOYAGE

Date de départ	Date de retour prévue (si différente de la date de retour réelle)	Date de retour réelle	Destination
J J - M M - A A A A	J J - M M - A A A A	J J - M M - A A A A	
Raison du voyage		Mode de transport	
<input type="checkbox"/> Affaires <input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Études <input type="checkbox"/> Soins médicaux <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Autre : _____	

SOINS MÉDICAUX/DENTAIRES REÇUS HORS DE VOTRE PROVINCE

Veuillez indiquer pourquoi vous avez reçu des soins médicaux/dentaires ou hospitaliers et donnez les détails :

Est-ce que ces soins ont été reçus à la suite d'un accident? Oui Non Si Oui, veuillez fournir les détails :

Date de l'accident	Lieu de l'accident		
J J - M M - A A A A			
Date de la consultation à l'hôpital/clinique	Nom du médecin ou du dentiste consulté		
Adresse de l'hôpital ou de la clinique	Ville	Province	Code postal

SOINS MÉDICAUX/DENTAIRES REÇUS DANS VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE

Avez-vous consulté un médecin ou un dentiste avant votre voyage? Oui Non

Si Oui, indiquez la date de votre **dernière** visite : J J - M M - A A A A Raison de la visite : _____

Veuillez indiquer tout médicament utilisé **avant** la date de votre départ

Y a-t-il eu un changement à vos médicaments avant votre départ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, veuillez fournir des détails sur une page supplémentaire.
--

Nom de votre médecin de famille au Canada	Numéro de téléphone		
Adresse de votre médecin de famille au Canada	Ville	Province	Code postal

Urgence hors province/à l'étranger

Formulaire de réclamation

REMBOURSEMENT

Montant réclamé	Devise	Les factures ont-elles été payées?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dollars canadiens <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	Si Oui, veuillez soumettre une preuve de paiement.
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel

AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE VOYAGE

Détenez-vous une autre assurance pour soins médicaux lors de voyage ou assurance collective avec votre employeur?
(Cela comprend l'assurance offerte avec les cartes de crédit à primes.) Oui Non

Avez-vous soumis cette réclamation à l'autre assureur? Oui Non

Si vous répondez oui aux questions ci-dessus, veuillez fournir :

Nom de l'autre assureur	Numéro de police	Numéro de réclamation	Date de soumission de la réclamation à l'autre assureur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JJ - MM - AAAA
Adresse de l'employeur	Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Accident automobile

Si les blessures sont le résultat d'un accident d'automobile, veuillez fournir :

Nom de l'assureur automobile	Numéro de police	Numéro de réclamation	Nom de l'assuré, si ce n'est pas vous	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse de l'assuré, si ce n'est pas vous	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORISATION ET DÉCLARATION

Par la présente, je CERTIFIE que l'information fournie dans le présent formulaire de réclamation est, à ma connaissance, véridique et complète.

En mon propre nom et au nom de tout assuré mineur, je DIVULGUE l'information fournie dans le présent formulaire de réclamation à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société ») et je RECONNAIS que cette information sera utilisée pour évaluer, traiter et administrer cette réclamation et les protections de cette police. J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou employeur, toute compagnie d'assurance, école ou commission scolaire ou toute autre personne ou organisation à divulguer à la Société toute information médicale ou concernant les frais ou toute autre information dont la Société pourrait avoir besoin pour évaluer cette réclamation. J'AUTORISE la Société à échanger l'information contenue dans ce formulaire de réclamation et tout document qui est lié à cette réclamation ou à ces protections avec toute partie identifiée au paragraphe précédent pour les fins précisées ci-dessus, ou lorsque je l'autorise ou lorsqu'exigé par la loi.

Nom du demandeur (en lettres moulées)	<input type="text"/>
Signature du demandeur ou du parent ou du tuteur légal (si mineur)	<input type="text"/>
Date de signature	JJ - MM - AAAA

AVANT DE SOUMETTRE VOTRE RÉCLAMATION

Veuillez consulter la page Renseignements et documents requis pour la réclamation pour vous assurer que vous avez fourni tous les documents nécessaires qui s'appliquent à votre réclamation. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

*** Assurez-vous de conserver les reçus originaux au moins 12 mois suivant la date de soumission de la réclamation.**