

Formulaire de Réclamation pour des Soins Reçus à L'étranger



studyinsured™

INSTRUCTIONS

IMPORTANT

- **Veillez noter que si le montant total de votre réclamation ne dépasse pas 500 \$ CA, il n'est pas nécessaire de remplir le formulaire de réclamation. Il suffit de soumettre vos reçus, factures et autres documents justificatifs ainsi que votre nom, votre numéro de police et votre adresse postale complète par courriel à l'adresse studentclaims@studyinsured.com.**
- Toutes les réclamations doivent être transmises au service d'assistance de StudyInsuredMC dans les 30 jours suivant l'événement.
- Les preuves écrites à l'appui de la réclamation doivent être soumises au service d'assistance de StudyInsuredMC dans les 90 jours suivant l'événement.
- Vous devez payer tous les frais facturés pour toute la documentation au soutien de votre réclamation.
- Le traitement d'une réclamation.

SOUSSION DES RÉCLAMATIONS

- Complete all sections and ensure this form is signed before submitting to StudyInsured™ Assistance with all invoices, physician and medical reports detailing treatment and treatment dates, and prescription pharmacy receipts. Keep copies for your records.
- Les ayants droit qui ont reçu un traitement dans un hôpital doivent joindre la copie du rapport de la salle d'urgence et tous les dossiers de l'hôpital.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

- Le service d'assistance de StudyInsuredMC se réserve le droit de demander qu'un formulaire de réclamation soit rempli, peu importe le montant réclamé.

SECTION A : REQUÉRANT·E OU PERSONNE ASSURÉE

PERSONNE ASSURÉE

| | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|--|--|
| Nom de famille | | Prénom | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | |
| <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire | | Pays d'origine | | Date d'arrivée dans le pays d'accueil (JJ/MM/AAAA) | |
| Numéro de police | | Établissement d'enseignement | | Date d'inscription (JJ/MM/AAAA) | |
| Téléphone | | Cellulaire | | Courriel | |

ADRESSE DU DOMICILE DE LA PERSONNE ASSURÉE

Cette adresse est celle de l'assuré : PAYS D'ACCUEIL PAYS D'ORIGINE

| | | | | | |
|----------------|-------------------------|-------|---------------|------|-------------|
| Numéro d'unité | Nom de la rue et numéro | Ville | État/Province | Pays | Code postal |
|----------------|-------------------------|-------|---------------|------|-------------|

AYANT DROIT (S'IL NE S'AGIT PAS DE LA PERSONNE ASSURÉE)

| | | | | | |
|----------------|-------------------------|----------------|---------------|--------------------|-------------|
| Prénom | | Nom de famille | | Lien avec l'assuré | |
| Numéro d'unité | Nom de la rue et numéro | Ville | État/Province | Pays | Code postal |
| Téléphone | Mobile | Courriel | | | |

MÉDECIN TRAITANT·E AUX FINS DE LA PRÉSENTE RÉCLAMATION

| | | | | | |
|----------------|-------------------------|----------------------------------|---------------|------|-------------|
| Nom complet | | Nom de la clinique ou du cabinet | | | |
| Numéro d'unité | Nom de la rue et numéro | Ville | État/Province | Pays | Code postal |
| Téléphone | Fax | | | | |

MÉDECIN DE FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE DANS LE PAYS D'ORIGINE (SI DISPONIBLE)

| | | | | | |
|----------------|-------------------------|-------------|---------------|------|-------------|
| Nom complet | | Nom complet | | | |
| Numéro d'unité | Nom de la rue et numéro | Ville | État/Province | Pays | Code postal |
| Téléphone | Fax | | | | |

SECTION B : AUTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

La personne assurée dispose-t-elle d'une autre assurance interruption de voyage, par exemple par l'intermédiaire d'un employeur ou d'une carte de crédit?

SI OUI, donnez des détails sur les autres couvertures d'assurance :

Oui Non

| | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| Nom complet du preneur d'assurance | | Compagnie d'assurance | | |
| Politique/Numéro du plan | Numéro d'identification/de certificat | Numéro de groupe de l'employeur (le cas échéant) | Nom de l'employeur (le cas échéant) | Téléphone de l'employeur (le cas échéant) |

SECTION C : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Décrivez en détail tous les objets ou bagages perdus ou volés (joignez une liste séparée si cet espace est insuffisant) :

Date d'apparition des premiers symptômes ou de survenue de la blessure (JJ/MM/AA) :

La personne assurée a-t-elle déjà été traitée pour cette affection ou pour une affection similaire ou connexe ? Oui Non

Date à laquelle l'assuré a consulté un médecin pour la première fois pour cette affection ou pour une affection similaire ou connexe (JJ/MM/AA) :

Veillez indiquer toutes les dates de traitement et énumérer tous les médicaments pris pour cette affection, ou une affection similaire ou connexe, avant la date d'entrée en vigueur de la police :

| Date du traitement (JJ/MM/AA) | Médicaments |
|-------------------------------|-------------|
| | |

SECTION D : DÉPENSES DE SANTÉ PERSONNELLES

| Nom du prestataire médical | Motif de la consultation le médecin et le diagnostic | Date du service (JJ/MM/AA) | Montant facturé (\$) | Montant payé (\$) |
|----------------------------|--|----------------------------|----------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SECTION E : AUTORISATION ET CERTIFICATION

Certains souscripteurs du Lloyd's (« Lloyd's »), le service d'assistance StudyInsured^{MC} (« StudyInsured »), ses agent·es et administrateur·rice·s, sont tenu·es de collecter et de conserver certains renseignements personnels ou médicaux vous concernant dans le cadre de votre couverture d'assurance. Nous n'utilisons et ne divulguons ces renseignements qu'aux fins de l'administration de votre ou de vos police(s) d'assurance, de la prestation de services à la clientèle et de l'évaluation et du paiement des réclamations. Nous nous engageons à protéger le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels que nous recueillons, utilisons, conservons et divulguons. Vos renseignements personnels ne seront utilisés qu'aux fins de vous fournir les services d'assurance demandés. Les politiques complètes sur la vie privée de Lloyd's et de StudyInsured^{MC} sont accessibles sur demande.

J'autorise tout·e médecin, tout·e praticien·ne de la médecine, tout hôpital, toute installation fournissant des services médicaux ou liés à la santé, tout administrateur tiers, tout régime provincial et tout autre assureur à divulguer et à échanger avec Lloyd's, StudyInsured ou leurs représentant·es tout renseignement (y compris des données et des dossiers personnels sur la santé) nécessaire pour traiter la présente réclamation. J'autorise tout tiers qui me fournit de l'assistance lors du processus de la présente réclamation à accéder à tout renseignement de réclamation pertinent lié à la décision relative à ma réclamation auprès de Lloyd's et StudyInsured. J'autorise StudyInsured à coordonner le paiement des prestations avec toute société d'assurance qui pourrait avoir une obligation relativement à la présente réclamation et je cède à Lloyd's et à StudyInsured toute prestation due par d'autres sources pour les pertes couvertes par la présente police. J'autorise de tels payeurs à envoyer le paiement directement à Lloyd's et à StudyInsured et leur demande de le faire. Au moyen de ma signature ci-dessous, je confirme être autorisé·e à agir à ces fins au nom de toutes mes personnes à charge. Une photocopie de la présente autorisation sera tout aussi valide que le document original.

J'atteste que les renseignements fournis relativement à la présente réclamation sont complets, véridiques et exacts.

Nom de la personne assurée (en caractères d'imprimerie)

Si la personne assurée a moins de 16 ans, nom complet du parent ou du·de la tuteur·rice légale (en caractères d'imprimerie)

Signature de la personne assurée (si la personne assurée a moins de 16 ans, signature du parent ou du·de la tuteur·rice légale)

Signature du·de la titulaire de la police d'une autre assurance dans la section B (le cas échéant)

SECTION F : AUTORISATION DE PAYER

CETTE RÉCLAMATION EST PAYABLE À :

La personne assurée (à l'adresse apparaissant à la section A ci-dessus) Au Parent ou au·à la tuteur·rice légale (nom complet) :

Other: If applicable, I authorize payment of this claim to (please print):

Date signed (DD/MM/YY):

SOUSSION DES RÉCLAMATIONS :

Service d'assistance StudyInsured^{MC}
150, rue King Ouest, bureau 602, C.P. 75,
Toronto (Ontario) M5H 1J9

studentclaims@studyinsured.com
Télécopieur : +1 416.730.1878

1 866.883.9485
Sans frais depuis les États-Unis et Canada

+1 416.640.7862
À frais virés, lorsque le service est offert

JOIGNEZ TOUTES LES FACTURES ET TOUS LES REÇUS ET SOUMETTEZ VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT EN LIGNE SUR VOTRE SITE WEB D'ASSURANCE POUR ÉTUDIANT·E·S.

OU ENVOYEZ-LES PAR COURRIEL :
studentclaims@studyinsured.com

OU IMPRIMEZ ET ENVOYEZ-LES PAR POSTE :
Assistance StudyInsured^{MC}
 150 King St West, Suite 602, PO Box 75
 Toronto ON M5H 1J9

TÉLÉPHONEZ À STUDYINSURED^{MC} :

+1 866.883.9485
 sans frais depuis le
 Canada et les É.-U.

+1 416.640.7862
 appel à frais virés
 là où disponible

VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

RENSEIGNEMENTS DU·DE LA BÉNÉFICIAIRE

| | |
|-------------|----------|
| Nom complet | Courriel |
|-------------|----------|

MODE DE PAIEMENT

Chèque (adresses canadiennes uniquement)

Veillez indiquer l'adresse postale canadienne du·de la bénéficiaire.

| | | | | |
|------------|-------------------------|-------|----------|-------------|
| N° d'unité | Nom de la rue et numéro | Ville | Province | Code postal |
|------------|-------------------------|-------|----------|-------------|

Transfert électronique de fonds (TEF) - comptes canadiens uniquement

Veillez indiquer les coordonnées bancaires ci-dessous.

Vous trouverez ces numéros sur un chèque en blanc (**exemple**) ou sur vos relevés bancaires.

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|--|
| Nom de l'institution financière | | Nom du·de la titulaire du compte (si différent du·de la bénéficiaire) | | |
| Adresse du·de la titulaire du compte | | | | |
| Numéro de transit (5 chiffres) | Numéro de l'institution financière (3 chiffres) | Numéro de compte (7 chiffres) | | |

Virement international sans frais - comptes américains

Veillez indiquer les coordonnées bancaires ci-dessous. Vous trouverez votre code ABA et votre numéro de compte sur vos relevés bancaires.

| | | | | |
|-------------------------------------|------------------|---|--|--|
| Nom de l'institution financière | | Nom du·de la titulaire du compte (si différent du·de la bénéficiaire) | | |
| Adresse de l'institution financière | | | | |
| Code ABA (8 à 11 chiffres) | Numéro de compte | | | |

Virement international sans frais - comptes internationaux

Veillez indiquer les coordonnées bancaires ci-dessous. Vous trouverez votre code IBAN et votre code SWIFT sur vos relevés bancaires

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|--|--|
| Nom de l'institution financière | | Nom du·de la titulaire du compte (si différent du·de la bénéficiaire) | | |
| Adresse de l'institution financière | | | | |
| Code IBAN (numéro de compte bancaire international) | Code SWIFT (8 à 11 caractères) | | | |

| | | |
|--|--|-----------------|
| Nom de l'assuré·e (en caractères d'imprimerie) | Signature de l'assuré·e (si l'assuré·e a moins de 16 ans, signature de leur parent ou de le·la tuteur·rice légale) | Date (JJ/MM/AA) |
|--|--|-----------------|