

**MARCHE À SUIVRE – CLAIM PROCESS**

- A. Inscrire le numéro de police et le numéro d'identification – Fill out the policy number and the identification number;
- B. Remplir et SIGNER LE MANDAT (n° 1) – Complete and SIGN THE MANDATE (#1)
- C. SIGNER L'ENGAGEMENT ET AUTORISATION n° 2) – SIGN THE AGREEMENT AND AUTORIZATION (#2)
- D. Remplir le formulaire au verso – Complete the form on the back side
- E. Garder une copie des documents, joindre la copie originale de tous vos reçus et faire parvenir à : – Keep a copy of all document, and send in the original copy to the following address:

**Par la poste :**  
Croix Bleue Medavie -  
Demandes de règlement assurance voyage  
644, rue Main, C.P. 220  
Moncton (N.-B.) E1C 8L3

**By Regular Mail:**  
Medavie Blue Cross - Att. Travel Claims  
644 Main St PO Box 220  
Moncton NB E1C 8L3

**N° de police - Policy Number:** \_\_\_\_\_ **N° d'identification - Identification Number:** \_\_\_\_\_

**MANDAT - MANDATE**

Je, soussigné (lettres moulées) \_\_\_\_\_  
mandate et autorise Croix Bleue Medavie agissant au nom de l'assureur  
principal indiqué sur le présent formulaire, aux fins de :

- 1. Soumettre à Croix Bleue Medavie, conformément aux lois et règlements appliqués par la Régie, mes demandes de règlement pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus, et que mon conjoint et mes enfants ont reçus (assurance familiale) à (ville, pays) \_\_\_\_\_ lors de mon séjour du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (Année / Mois / Jour) \_\_\_\_\_ (Année / Mois / Jour)
- 2. Fournir à Croix Bleue Medavie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou autres pièces requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces demandes de règlement.
- 3. Recevoir de Croix Bleue Medavie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale)

J'AUTORISE Croix Bleue Medavie à accepter les demandes de règlement ainsi soumise et à donner suite à ce mandat, tel que rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de bénéficiaire ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

I, the undersigned (please print) \_\_\_\_\_  
empower Medavie Blue Cross on behalf on the main insurer specified on this form to:

- 1. Submit to Medavie Blue Cross, in accordance with the laws and regulations applicable by the Régie, my claims for the insured medical and hospital services that I have received and that my spouse and my children have received (family insurance) in (city, country) \_\_\_\_\_ during my stay from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (Year / Month / Day) \_\_\_\_\_ (Year / Month / Day)
- 2. Provide to and obtain from Medavie Blue Cross all information, documents or other paper required and necessary for the appraisal, evaluation and settlement of the claims.
- 3. Obtain from Medavie Blue Cross the refunds effected and made payable to me, my spouse or my children (family insurance)

I AUTHORIZE Medavie Blue Cross to accept the claims submitted and follow up on its mandate, as written and also to transmit to the company, upon request, any information concerning my beneficiary status or that of my spouse or my children.

1. \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE - SIGNATURE OF THE BENEFICIARY \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

**ENGAGEMENT ET AUTORISATION – AGREEMENT AND AUTHORIZATION**

- 1. Je déclare n'avoir reçu de la Croix Bleue Medavie ou d'un tiers aucun montant ni aucune avance relativement à la demande de règlement ci-joint.
- 2. Je m'engage à céder par la présente à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et à Croix Bleue Medavie toutes les prestations payables par des tiers pour des sinistres couverts au titre de la police. De plus, je demande à ces tiers de verser à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et à Croix Bleue Medavie les prestations payables par suite de la présentation par l'Association d'Hospitalisation Canassurance et Croix Bleue Medavie d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.
- 3. J'autorise l'Association d'Hospitalisation Canassurance et Croix Bleue Medavie à transmettre les renseignements contenus à mon dossier de demandes de règlement à des tiers, qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui me sont payables, le cas échéant, dans le cadre de la présente demande de règlement.
- 4. J'autorise l'Association d'Hospitalisation Canassurance et Croix Bleue Medavie à effectuer directement, s'il y a lieu, des paiements aux institutions et aux fournisseurs de services relativement aux frais qui font l'objet de la présente.
- 5. J'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des renseignements ou des documents à mon sujet ou au sujet d'un membre de ma famille sur mon état de santé ou celui d'un membre de ma famille (y compris tous renseignements médicaux antérieurs) à communiquer ces renseignements ou à transmettre ces dossiers à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et à Croix Bleue Medavie.
- 6. Je déclare par la présente que les déclarations qui précèdent avec leurs détails ainsi que les renseignements communiqués dans les documents annexés sont complets et exacts, sachant que toute fausse déclaration peut rendre nulle l'attestation ou la police d'assurance.

- 1. I declare that I have not received from Medavie Blue Cross or from a third party any amount nor any sum relating to the attached claim.
- 2. I hereby agree to assign to Canassurance Hospital Service Association and Medavie Blue Cross all benefits payable by third parties for losses covered under the policy. Furthermore, following the application for reimbursement from Canassurance Hospital Service Association and Medavie Blue Cross, I authorize third parties to pay Canassurance Hospital Service Association and Medavie Blue Cross, the benefits payable regarding these losses.
- 3. I authorize Canassurance Hospital Service Association and Medavie Blue Cross to provide the information contained in my claim file to third parties, for their use, within the context of this claim, to determine the benefits payable, if the case arises.
- 4. I hereby authorize Canassurance Hospital Service Association and Medavie Blue Cross to make payments pertaining to the expenses claimed, directly, when required, to any institution and/or any other provider of services.
- 5. I hereby authorize any licensed physician, practitioner, hospital or medical institution, insurance company, the Medical Information Bureau or any other agency, institution or person who has information or documents about me or a member of my family, or my state of health or that of a member of my family (including all previous medical reports) to convey that information or forward those documents to Canassurance Hospital Service Association and Medavie Blue Cross.
- 6. I declare that the information and details given on this form and the information provided in the attached documents are complete and true, and I am aware that any false declaration shall nullify the insurance certificate or insurance policy.

2. \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE - SIGNATURE OF THE BENEFICIARY \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

Si celui-ci n'est pas le bénéficiaire, lien avec le bénéficiaire (père, mère, etc.) :  
If not the beneficiary, relationship (father, mother, etc.): \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, SIGNER ET REMPLIR LE VERSO  
PLEASE ANSWER ALL THE QUESTIONS, SIGN AND COMPLETE THE BACK**

# DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE VOYAGE QUÉBEC QUEBEC CLAIM FORM – TRAVEL INSURANCE

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE – FOR OFFICE USE

## BÉNÉFICIAIRE (PATIENT) - BENEFICIARY (PATIENT)

NOM DE FAMILLE – LAST NAME: \_\_\_\_\_ PRÉNOM – FIRST NAME: \_\_\_\_\_ SEXE - SEX:  M  F

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE - HEALTH INSURANCE NUMBER: \_\_\_\_\_ Date d'expiration – expiry date: \_\_\_\_\_

NOM DE FAMILLE (inscrit sur la carte d'assurance maladie) / LAST NAME (as appearing on health insurance card): \_\_\_\_\_ Date de naissance / Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

1) Adresse du domicile – Home address: \_\_\_\_\_ Tél. - Tel.: \_\_\_\_\_  
(N° - No, Rue - Street, City- Ville, Code postal - Postal Code)

2) Adresse de correspondance ou de paiement (si différente) / Address for correspondence or payment (if different): \_\_\_\_\_ Tél. - Tel.: \_\_\_\_\_  
(N° - No, Rue - Street, City- Ville, Code postal - Postal Code)

3) COURRIEL - E-MAIL: \_\_\_\_\_

ENVOI DU CHÈQUE - SEND CHEQUE TO: Adresse - Address  1  2 ENVOI DE CORRESPONDANCE - SEND CORRESPONDENCE TO: Adresse - Address  1  2

## SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC - PERIODS OF TIME SPENT OUTSIDE QUÉBEC

### Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé - Period during which you received healthcare services:

Date de départ du Québec / Date of departure from Québec: \_\_\_\_\_ Date de retour au Québec (réelle) / Date of return to Québec (Actual): \_\_\_\_\_ Date de retour au Québec (prévue, si différente) / Date of return to Québec (Planned, if different): \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

### Motif du séjour (cochez une seule case) – Reason for trip (check one box only):

Vacances ou séjour saisonnier - Vacation or seasonal absence

Travail - Work Nom de l'employeur - Employer's name: \_\_\_\_\_

Études - Studies Joindre une attestation écrite de la maison d'enseignement, précisant les dates de début et de fin de vos cours / Include a written certificate from the institution indicating the dates of the beginning and end of your courses

Recevoir des soins - Receive medical care: Si vous avez fait une demande d'autorisation à la Régie, inscrire le numéro - If you made a request of authorization to the Régie, write the number \_\_\_\_\_

Autre - Other Précisez - Specify: \_\_\_\_\_

### Si vous avez fait d'autres séjours de PLUS DE 21 JOURS CONSÉCUTIFS au cours de l'année civile à l'extérieur du Québec (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre), PRÉCISEZ : If you travelled for OF MORE THAN 21 CONSECUTIVE DAYS outside Québec during the calendar year (January 1 to December 31), PLEASE SPECIFY:

1<sup>er</sup> séjour – 1<sup>st</sup> trip: Date de départ - Departure date: \_\_\_\_\_ Date de retour - Return date: \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

2<sup>e</sup> séjour – 2<sup>nd</sup> trip: Date de départ - Departure date: \_\_\_\_\_ Date de retour - Return date: \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

3<sup>e</sup> séjour – 3<sup>rd</sup> trip: Date de départ - Departure date: \_\_\_\_\_ Date de retour - Return date: \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

## SERVICES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC - HEALTHCARE SERVICES OUTSIDE QUEBEC

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services de santé - Indicate why you received healthcare services: \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type - In the case of an accident, specify the type of accident: \_\_\_\_\_ Date de l'accident - Date of Accident: \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

Automobile - Car  De travail - Work  Autre (précisez) - Other (specify): \_\_\_\_\_

Décrivez les services reçus (Ex. : tests, radiographies, chirurgie, etc.) Si nécessaire, continuez sur une autre feuille - Describe the services received (Ex. : tests, X-rays, surgery, etc.) If necessary, continue on a separate piece of paper: \_\_\_\_\_

Lieu où vous avez reçu ces services (Ville) – Where did you receive these services (City): \_\_\_\_\_

Province (Canada) ou État (États-Unis) – Canadian province or U.S. State: \_\_\_\_\_ Pays - Country: \_\_\_\_\_

S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation - If applicable, indicate the number of days you were hospitalized: \_\_\_\_\_

## REMBOURSEMENT - REIMBURSEMENT

Montant demandé - Amount claimed: \_\_\_\_\_  Dollars canadiens - Canadian dollars  Autre devise (précisez) - Other currency (specify): \_\_\_\_\_

Les factures ont-elles été payées? – Were bills paid?  Non - No  Oui - Yes  Totalement - Totally  Partiellement - Partially : \_\_\_\_\_  
Montant payé - Paid amount

## SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC - HEALTHCARE SERVICES IN QUEBEC

Si vous avez consulté un **médecin** au Québec dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez : Si vous avez été **hospitalisé** au Québec dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez :  
If you consulted a **doctor** in Quebec during the last 6 months prior to your trip, specify: If you were **hospitalized** in Quebec during the last 6 months prior to your trip, specify:

Nom - Name: \_\_\_\_\_ Nature de la maladie - Nature of illness: \_\_\_\_\_

Adresse - Address: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital - Name of hospital: \_\_\_\_\_

Nature de la maladie - Nature of illness: \_\_\_\_\_ N° de dossier - File number: \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite - Date of last visit: \_\_\_\_\_  
(Année-Year / Mois-Month / Jour-Day)

Indiquez le nom des **médicament(s)** que vous preniez dans les 6 mois précédant le départ - List the **medication(s)** you were taking in the 6 months period prior to your trip:

## COORDINATION DES PRESTATIONS – COORDINATION OF BENEFITS

Avez-vous (ou votre personne à charge) une protection voyage avec toute autre assurance, indemnisation des accidents du travail, carte de crédit ou programme gouvernemental?  
Do you (or your dependent) have travel benefits with any other insurance, worker's compensation, credit card or government program?  Oui - Yes  Non - No

Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes / If yes, please provide all following information:

L'autre assureur a-t-il été informé? / Has the other insurance company been notified?  Oui - Yes  Non - No

Numéro de police, dossier et/ou réclamation / Policy, file and/or claim number: \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'autre assureur / Name and address of other insurer: \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent principal / Name of Policyholder: \_\_\_\_\_ Numéro d'ID / ID Number: \_\_\_\_\_

\*\* Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleues (ACCB), utilisées sous autorisation avec permis de Croix Bleue Médavie, un titulaire de licence indépendant de l'ACCB.

\* Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleues. \* Marque déposée de la Blue Cross Blue Shield Association.

\*\* The Blue Cross symbol and name are registered trademarks of the Canadian Association of Blue Cross Plans, used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.

\* Trade-mark of the Canadian Association of Blue Cross Plans. \* Trade-mark of Blue Cross Blue Shield Association.

FORM-987B 12/19

