



Au CANADA : Gestion Global Excel inc., 73, rue Queen, Sherbrooke, QC J1M 0C9 / Aux É.-U. : Gestion Global Excel inc., P.O. Box 10, Beebe Plain, VT 05823

1. Par les présentes, je soussigné(e) autorise tout hôpital, médecin ou autre établissement médical à communiquer des renseignements médicaux me concernant à Gestion Global Excel inc., le représentant autorisé de l'assureur. Je consens également à ce que Gestion Global Excel inc. divulgue ces renseignements à d'autres sources en vue d'obtenir indemnisation auprès d'elles.

Je, \_\_\_\_\_ mandate spécifiquement  
LETTRES MOULÉES

la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances aux fins de:

2. soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément aux lois et règlements appliqués par la Régie, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus ou que mon conjoint ou mes enfants ont reçus (assurance familiale) à

\_\_\_\_\_  
PAYS, ÉTAT, VILLE

lors de mon séjour du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
DATE DATE

- 3. fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou autres pièces requises et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces réclamations;
- 4. recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).
- 5. Je certifie que ni moi-même ni la personne assurée ne bénéficions d'aucune assurance supplémentaire obtenue auprès d'un assureur autre que ceux énumérés ci-dessous.
- 6. Je comprends que mon assurance sera sans effet si, avant ou après l'occurrence d'un sinistre, une personne a omis de déclarer ou a faussement déclaré des faits ou des événements entourant la présente demande de règlement.

**Par la présente, j'autorise la Régie à accepter les réclamations ainsi soumises et à donner suite à ce mandat, tel que rédigé, ainsi qu'à transmettre à la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, sur demande, tous renseignements concernant mon statut de bénéficiaire ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE

\_\_\_\_\_  
N° D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIAL

### AUTRES ASSURANCES

Indiquez si vous êtes assuré(e) en vertu d'un des régimes suivants :

- le régime Medicare des États-Unis**  Oui  Non  
**un contrat d'assurance collective**
- offert par votre employeur  Oui  Non
  - offert par l'employeur de votre conjoint  Oui  Non
  - offert aux employés retraités  Oui  Non

En l'occurrence, complétez ce qui suit :

Nom de l'employé(e) / retraité(e) \_\_\_\_\_ M / J / A Relation (lien de parenté?) \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'assuré \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur / titulaire \_\_\_\_\_ N° police \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_ N° d'identification \_\_\_\_\_

N° de téléphone de l'employeur ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

Votre couverture est-elle assujettie à une prestation maximale viagère?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez la prestation maximale : \_\_\_\_\_ \$

**une police d'assurance-voyage autre que celle-ci**  Oui  Non

**une couverture hors-pays en vertu**

- d'une assurance habitation  Oui  Non
- d'une assurance automobile  Oui  Non
- autre : \_\_\_\_\_  Oui  Non

une carte de crédit  Oui  Non

Si oui, n° de carte \_\_\_\_\_ Type de carte/banque \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Par la présente, je, soussigné(e), cède à Gestion Global Excel inc. toutes sommes payables par un autre organisme ou par une autre compagnie d'assurances pour les pertes subies en vertu de cette police d'assurance voyage. J'autorise cet organisme ou cette compagnie d'assurance à envoyer lesdits paiements à l'égard des pertes subies directement à Gestion Global Excel inc. et à transmettre toute information pouvant faciliter ce processus.

Personne assurée ou autorisée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

SIGNATURE

POUR USAGE  
À L'INTERNE

Vérification de fraude A : \_\_\_\_\_

Vérification de fraude B : \_\_\_\_\_



Régie de l'assurance-maladie du Québec

À compléter si vous résidez dans la province de Québec

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT

SERVICES DE SANTÉ REÇUS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

COCHER LA CASE APPROPRIÉE

Services de santé reçus:

au Canada  hors du Canada

## IDENTIFICATION

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE		NOM DE FAMILLE DU BÉNÉFICIAIRE		NOM DE FAMILLE DU BÉNÉFICIAIRE (INSCRIT SUR LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE)					
LETTRES		CHIFFRES		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		SEXE	
						ANNÉE MOIS JOUR		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

1 ADRESSE DE VOTRE RÉSIDENCE PERMANENTE AU QUÉBEC

NO RUE APP. VILLE

PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. REG. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. REG.

2 ADRESSE HORS DU QUÉBEC

NO RUE APP. VILLE

PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. REG. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. REG.

OÙ DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR VOTRE REMBOURSEMENT?  ADRESSE 1  ADRESSE 2

OÙ PEUT-ON ENVOYER DES DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS?  ADRESSE 1  ADRESSE 2

## SÉJOURS HORS DU QUÉBEC

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé

DATE DE DÉPART DU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR DATE DU RETOUR AU QUÉBEC  RÉELLE  PRÉVUE ANNÉE MOIS JOUR

RAISON DU SÉJOUR (COCHER UNE SEULE RAISON)

- vacances ou séjour saisonnier  
Nom de l'employeur: .....
- travail .....
- études Joindre, si vous ne l'avez pas déjà fait, une attestation écrite de la maison d'enseignement fréquentée, précisant les dates de début et de fin de vos cours.
- recevoir des soins qui ne se donnent pas au Québec Numéro d'autorisation de la Régie .....
- déménagement permanent  Au Canada  Hors du Canada DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR
- autre Préciser .....

Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre) préciser:

1<sup>er</sup> SÉJOUR

DATE DE DÉPART DATE DE RETOUR

ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

2<sup>e</sup> SÉJOUR

DATE DE DÉPART DATE DE RETOUR

ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

3<sup>e</sup> SÉJOUR

DATE DE DÉPART DATE DE RETOUR

ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

## SERVICES DE SANTÉ REÇUS

Indiquer la raison pour laquelle vous avez reçu des services médicaux ou hospitaliers

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, INDIQUER LE TYPE D'ACCIDENT

D'AUTOMOBILE  DE TRAVAIL  AUTRE (préciser)

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR

Décrire les soins reçus (ex.: examens, radiographies, chirurgie, etc.) Si l'espace est insuffisant, continuer sur une autre feuille.

LIEU OU VOUS AVEZ REÇU LES SOINS PROVINCE (CANADA) OU ÉTAT (ÉTATS-UNIS) PAYS SI VOUS AVEZ ÉTÉ HOSPITALISÉ INDIQUER LE NOMBRE DE JOURS:

VILLE

## REMBOURSEMENT

MONTANT DEMANDÉ DOLLARS CANADIENS AUTRE DEVISE PRÉCISER: AVEZ-VOUS PAYÉ LES COMPTES MONTANT PAYÉ (fournir l'original de vos reçu)

NON  OUI  PAIEMENT TOTAL  PAIEMENT PARTIEL

## SIGNATURE ET AUTORISATION

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise la Régie à demander au professionnel de la santé ou à l'établissement tous les renseignements supplémentaires dont elle pourrait avoir besoin. Si des frais sont exigés pour l'obtention de ces renseignements, je reconnais qu'ils sont à ma charge.

NOM DU SIGNATAIRE DU FORMULAIRE SI CELUI-CI N'EST PAS LE BÉNÉFICIAIRE

RELATION AVEC LE BÉNÉFICIAIRE (PÈRE, MÈRE, CONJOINT, TUTEUR, ETC.)

En outre, dans le but de simplifier le traitement de ma demande s'il s'agit d'une réclamation à la suite d'un accident d'automobile ou d'un accident de travail, j'autorise la RAMQ à communiquer à la SAAQ et à la CSST une copie des documents que je lui aurai transmis ou qu'elle m'aura transmis.

SIGNATURE

ANNÉE MOIS JOUR

LANGUE DE CORRESPONDANCE  FRANÇAIS  ANGLAIS