Arch Insurance Canada Ltd.
Formulaire de réclamation pour dépenses médicales

Bureau des réclamations : Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031
Nº de téléphone : 1 844 800-2486 | **Télécopieur :** 1 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Instructions pour les réclamations concernant les dépenses médicales

Veuillez remplir complètement le formulaire de réclamation pour dépenses médicales, le signer et le retourner avec la documentation indiquée ci-dessous.

Votre réclamation doit être envoyée à l'adresse figurant au début de ces instructions.

Veuillez soumettre ce qui suit pour toutes les réclamations :

- Copie de votre itinéraire de voyage original
- Preuve pour toutes les dépenses réclamées
- Copies des dossiers médicaux au sujet de votre condition et de votre traitement; copies des factures ou des reçus pour toutes les dépenses médicales réclamées. Les factures doivent indiquer la date du service, le bureau ou l'institution dans lesquels le service a été fourni, la condition traitée et la nature du traitement reçu.
- Preuve du paiement pour les dépenses médicales réclamées
- Preuve de perte :
    - Les dossiers médicaux ou d'autres documents indiquant la nature de la condition et le traitement reçu

Si votre police fournit une couverture d'assurance médicale supplémentaire, seules les dépenses médicales qui ne sont pas couvertes en vertu de tout autre régime d'assurance (y compris les dépenses couvertes en vertu d'un régime provincial ou territorial d'assurance maladie) seront couvertes. Vous devez d'abord déposer votre réclamation en vertu de l'autre régime d'assurance avant de pouvoir déposer une réclamation auprès de nous pour les dépenses médicales non payées. Votre réclamation de dépenses médicales doit être justifiée par des copies de vos autres régimes d'assurance indiquant le montant de la réclamation marquée comme votre responsabilité, y compris les motifs justifiant le manque de couverture.

Arch Insurance Canada Ltd.
Formulaire de réclamation pour dépenses médicales

Bureau des réclamations : Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031
Nº de téléphone : 1 844 800-2486 **Télécopieur :** 1 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Article 1 - Réclamation des prestations

À remplir par l'assuré qui réclame les prestations

Nom du demandeur/de l'assuré	Numéro de police	Nº de téléphone ( )
Adresse _____		Date de naissance
Adresse de courriel		
Fournisseur de voyages/voyagiste/croisiériste		

Compagne(s) ou compagnon(s) de voyage _____ _____ _____	Relation _____ _____ _____	Date de départ pour le voyage	Date de retour de voyage
		Date de l'acompte initial pour le voyage	
		Date de l'occurrence de l'incident	

Avez-vous une autre assurance médicale qui peut fournir une couverture pour cette réclamation? Oui ☐ Non ☐

Si c'est le cas, la réclamation a-t-elle été envoyée à l'autre compagnie? Oui ☐ Non ☐

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'autre compagnie d'assurances
_____

Compagnie d'assurance principale	Numéro de police
Compagnie d'assurance secondaire	Numéro de police
Date à laquelle la blessure est survenue, ou à laquelle les symptômes ont commencé	Date du premier traitement pour cette maladie ou cette blessure
Expliquer le moment et l'endroit où a commencé la blessure ou la maladie _____ _____	Décrire la nature et le diagnostic de la maladie ou de la blessure _____ _____

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin qui a effectué le premier traitement pour cette condition
_____

En cas d'hospitalisation, nom et adresse de l'hôpital
_____

Un rapport d'accident ou de police a-t-il été déposé? Oui ☐ Non ☐ Si c'est le cas, veuillez fournir une copie.

Avez-vous déjà été traité pour cette condition auparavant? Oui ☐ Non ☐ Si c'est le cas, quand?

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin qui vous a traité précédemment pour cette condition :
_____

Arch Insurance Canada Ltd.
Formulaire de réclamation pour dépenses médicales

Bureau des réclamations : Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031
Nº de téléphone : 1 844 800-2486 | **Télécopieur :** 1 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Article 2 - Dépenses réclamées

Veuillez dresser une liste de toutes les dépenses médicales engagées à la suite de cette maladie ou de cette blessure. Inclure une copie des factures médicales, des rapports et des explications des prestations de vos compagnies d'assurance de première ligne et supplémentaire.

Dépenses réclamées

Nom du fournisseur	Date du service	Type de service	Montant de la facture	Montant payé par l'autre assurance	Montant réclamé
		Total			

Toute personne qui tente sciemment ou qui a l'intention de nuire à toute compagnie d'assurance, de la frauder ou de la tromper, ou qui envoie une réclamation contenant des informations fausses, incomplètes ou trompeuses pourra être déclarée coupable d'un acte criminel puni par la loi.

J'ai lu ce qui précède et les réponses ci-dessus sont exactes et complètes selon ma connaissance.

Signature du demandeur **Date**

Autorisation de divulgation d'informations

À mon fournisseur de soins de santé, mon centre de soins de santé, mon assureur, mon régime de soins de santé parrainé par le gouvernement ou mon employeur : J'autorise la publication de toutes les informations médicales me concernant à Arch Insurance Canada Ltd., (la « compagnie ») ou à son représentant autorisé. Cette autorisation s'applique à toutes les informations concernant le diagnostic, le traitement ou le pronostic de toute maladie ou blessure dont je suis informé maintenant ou que j'ai subie dans le passé.

À l'intention des entreprises suivantes : compagnie d'assurances, organisation ou agence de voyages, transporteur aérien, croisiériste, voyagiste, agence de location, hôtel, motel ou entité similaire fournissant de l'hébergement sur la base d'une location, ou à toute autre personne ayant des informations au sujet de la présente réclamation : J'autorise la publication de toute information demandée au sujet de la présente réclamation et de la perte rapportée.

La compagnie utilisera ces informations pour déterminer si toute réclamation est admissible. Toute information obtenue ne sera pas divulguée par l'entreprise sauf à ma compagnie d'assurance principale (le cas échéant) ou aux personnes, ou aux organisations faisant enquête ou offrant des services juridiques pour l'entreprise en relation avec ma réclamation. Une copie de cette autorisation sera considérée comme étant également en vigueur et aussi valide que l'original et doit rester en vigueur pendant une année à partir de la date d'autorisation.

Je certifie que les informations que j'ai fournies pour soutenir ma réclamation sont exactes et véridiques. Il est entendu que toute personne qui sciemment et avec l'intention de commettre une fraude ou de tromper une compagnie d'assurances soumet une réclamation contenant des informations fausses quant au fond, incomplètes ou trompeuses pourra faire l'objet de poursuites pour fraude à l'assurance.

_____ _____

Signature du demandeur ou du représentant autorisé **Date**

_____

Pour le représentant autorisé, relation avec le demandeur