

## INSTRUCTIONS

**REMARQUE : SI LA PERSONNE ASSURÉE EST D'ÂGE MINEUR, LE PRÉSENT FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI ET SIGNÉ PAR UN PARENT OU TUTEUR.**

### IMPORTANT

- S'assurer que les renseignements sur le paiement, dans la section I, sont complets et exacts.
- Toutes les réclamations doivent faire l'objet d'un signalement dans les 60 jours de l'évènement y ayant mené.
- Les preuves écrites soutenant la réclamation doivent être déposées dans les 90 jours de l'évènement y ayant mené.
- Vous devez payer tous les frais facturés pour toute la documentation au soutien de votre réclamation.
- Le traitement d'une réclamation sera retardé si le présent formulaire n'est pas entièrement rempli et signé, ou si la documentation au soutien de la réclamation n'est pas déposée

### DÉPÔT DES RÉCLAMATIONS

- **Veillez ne remplir que les sections pertinentes à la réclamation que vous déposez. Assurez-vous que le présent formulaire est signé avant de le déposer avec toutes les factures et tous les rapports de médecin et rapports médicaux indiquant les traitements et leurs dates, ainsi que les reçus des pharmacies pour les ordonnances. Conservez des copies pour vos dossiers.**
- Les demandeurs qui ont été traités dans un hôpital doivent joindre la copie du rapport de la salle d'urgence et tous les dossiers de l'hôpital.
- Si vous avez payé pour recevoir des services, vous devez déposer toutes les factures originales et détaillées du fournisseur de soins médicaux ou de l'hôpital, qui indiquent les traitements et leurs dates. Les photocopies de reçus ne seront pas acceptées.

## SECTION A : PERSONNE ASSURÉE / DEMANDEUR

### PERSONNE ASSURÉE

Nom de famille		Prénom		Date de naissance (JJ/MM/AA)	
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire		Commission scolaire		École	
N° de l'unité		Adresse civique		Ville	
Téléphone		Cellulaire		Courriel	
				N° de police	
				Province	
				Code postal	

### DEMANDEUR (S'IL DIFFÈRE DE LA PERSONNE ASSURÉE)

Prénom		Nom de famille		Relation avec la personne assurée	
N° de l'unité		Adresse civique		Ville	
Téléphone		Cellulaire		Courriel	
				Province	
				Code postal	

### MÉDECIN DE FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE

Nom complet		Nom de la clinique ou de la pratique			
N° de l'unité		Adresse civique		Ville	
Téléphone		Fax		Province	
				Code postal	

## SECTION B : AUTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

Existe-t-il, pour ce genre de réclamation, une couverture en vertu d'une autre assurance ou d'un autre régime d'avantages sociaux (p. ex. assurance collective par le biais d'un employeur ou assurance par le biais d'une carte de crédit)?  Oui  Non

**LE CAS ÉCHÉANT**, veuillez fournir les détails de l'autre couverture d'assurance :

Nom complet du titulaire de la police		Compagnie d'assurance			
Numéro de la police ou du régime		Numéro d'ID ou de certificat		Numéro de groupe de l'employeur (le cas échéant)	
				Numéro de l'employeur (le cas échéant)	
				Numéro de téléphone de l'employeur (le cas échéant)	
Numéro de carte de crédit (le cas échéant)				Genre de carte de crédit (le cas échéant)	
				Numéro de téléphone du titulaire de la police	

## SECTION C : RÉCLAMATION POUR ACCIDENT

Décrivez en détail comment l'accident s'est produit :

(Vous pouvez joindre des renseignements supplémentaires si l'espace est insuffisant)

L'accident est-il survenu à l'école ou lors d'une activité scolaire ?  Oui  Non

Date de l'accident (JJ/MM/AA)	Moment de l'accident (l'heure)
Emplacement de l'accident	
Nature de la blessure	
Nom complet du témoin 1	N° de téléphone du témoin 1
Nom complet du témoin 2	N° de téléphone du témoin 2

La personne assurée a-t-elle déjà été traitée dans le passé pour la condition pertinente, ou une condition similaire ou connexe ?  Oui  Non

Date à laquelle la personne assurée a rencontré pour la première fois un médecin en lien avec la condition pertinente, ou une condition similaire ou connexe (JJ/MM/AA) :

Veuillez indiquer toutes les dates de traitement et énumérer tous les médicaments pris en lien avec la condition pertinente, ou la condition similaire ou connexe, avant la date d'entrée en vigueur de la police :

Date du traitement (JJ/MM/AA)	Médicaments

## SECTION D : RÉCLAMATION POUR MALADIE GRAVE

### SOUS-SECTION D-1 : RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION POUR MALADIE GRAVE

Date à laquelle la condition de la personne a été diagnostiquée ou à laquelle l'intervention chirurgicale a eu lieu (JJ/MM/AA) :

Nom du médecin ayant conclu au diagnostic :

Date de la première consultation avec un professionnel de la médecine au sujet de la condition pertinente (JJ/MM/AA) :

### SOUS-SECTION D-2 : HISTORIQUE DES VISITES MÉDICALES

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse	Téléphone

Veuillez fournir tout autre renseignement qui, selon vous, pourrait être pertinent à l'égard de la présente réclamation :

## SECTION E : ASSURANCE MÉDICALE DE VOYAGE

### SOUS-SECTION E-1 : RENSEIGNEMENTS DE VOYAGE DE LA PERSONNE ASSURÉE

#### ADRESSE DE LA PERSONNE ASSURÉE LORSQU'ELLE SE TROUVE À L'EXTÉRIEUR DE SA RÉSIDENCE

Adresse civique			Numéro de l'unité
Ville	Province/État	ZIP/Code postal	Pays
Numéro de téléphone (y compris le code du pays)			Courriel
Date de départ de la résidence (JJ/MM/AA)			Date prévue de retour à la résidence (JJ/MM/AA)

## SOUS-SECTION E-2 : RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION MÉDICALE DE VOYAGE

### MÉDECIN TRAITANT AUX FINS DE LA PRÉSENTE RÉCLAMATION

Nom complet		Nom de la clinique ou de la pratique			
Adresse civique		Numéro de l'unité	Ville	État/Province	ZIP/Code postal
Numéro de téléphone (y compris le code du pays)		Fax			

Description de la maladie ou des blessures de la personne assurée (si l'espace prévu est insuffisant, joindre des renseignements supplémentaires) :

Date à laquelle les symptômes ont fait leur première apparition ou à laquelle la blessure a été subie (JJ/MM/AA) :

La personne assurée a-t-elle déjà été traitée dans le passé pour la condition pertinente, ou une condition similaire ou connexe ?  Oui  Non

**SI OUI**, date à laquelle la personne assurée a rencontré pour la première fois un médecin en lien avec la condition pertinente, ou une condition similaire ou connexe (JJ/MM/AA) :

Veuillez indiquer toutes les dates de traitement et énumérer tous les médicaments pris en lien avec la condition pertinente, ou la condition similaire ou connexe, avant la date d'entrée en vigueur de la police

Date du traitement (JJ/MM/AA)	Médicaments

## SECTION F : ANNULATION DE VOYAGE

Les documents qui suivent sont exigés :

- Un certificat médical rempli par le médecin traitant énonçant les raisons pour laquelle le voyage ainsi que réservé n'a pas été possible, si la réclamation est faite pour des motifs médicaux; ou
- Un rapport de la police ou d'une autre autorité responsable établissant la raison du délai si la réclamation est fondée sur une correspondance manquée.

Le cas échéant :

- Billets et pièces justificatives non utilisés originaux et complets ;
- Reçus originaux du passager pour les nouveaux billets que vous avez dû acheter ;
- Reçus originaux pour les arrangements de voyage que vous aviez payé d'avance et pour les dépenses supplémentaires en frais d'hôtel, de taxi, de téléphone et de repas que vous pouvez avoir eus ;
- Le dossier médical complet de toute personne dont la réclamation est fondée sur une condition de santé ou médicale ;
- Tout autre facture ou reçu soutenant la réclamation.

### SOUS-SECTION F-1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'ANNULATION DU VOYAGE

Date prévue du départ (JJ/MM/AA) :  Date prévue du retour (JJ/MM/AA) :

Décrivez les circonstances ayant mené à l'annulation du voyage :

Date de la raison de l'annulation (JJ/MM/AA) :  Date à laquelle l'agent de voyage ou la compagnie aérienne a été avisé (JJ/MM/AA) :

### SOUS-SECTION F-2 : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Description de la maladie ou des blessures (si l'espace prévu est insuffisant, joindre des renseignements supplémentaires) :

Diagnostic

La personne assurée a-t-elle déjà été traitée dans le passé pour la condition pertinente, ou une condition similaire ou connexe ?  Oui  Non

Date à laquelle les symptômes ont fait leur première apparition chez la personne assurée, ou à laquelle la blessure a été subie par la personne assurée (JJ/MM/AA) :

Date à laquelle la personne assurée a rencontré pour la première fois un médecin en lien avec la condition pertinente, ou une condition similaire ou connexe (JJ/MM/AA) :

## DÉTAILS LIÉS AU MÉDECIN TRAITANT (LE CAS ÉCHÉANT)

Nom complet		Nom de la clinique ou de la pratique	
Numéro de l'unité	Adresse civique		
Ville	État/Province	Pays	ZIP/Code postal
Téléphone	Fax		

## SECTION G : DÉPENSES RÉCLAMÉES

Genre de réclamation (indiquer la section, p. ex. réclamation pour accident, section C)	Nom du fournisseur de services	Raison de la visite et nature des services	Date des services (JJ/MM/AA)	Montant facturé (\$)	Montant payé (\$)

## SECTION H : AUTORISATION ET ATTESTATION

Certains souscripteurs de Lloyd's (« Lloyd's »), StudyInsured™ (« StudyInsured »), leurs mandataires et leurs administrateurs doivent recueillir et conserver certains renseignements personnels à votre sujet ou au sujet de votre santé en lien avec 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 sont accessibles sur demande.

**J'autorise tout médecin, tout praticien 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 représentants tout renseignement (y compris des données et 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 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 StudyInsured et leur demande de le faire. Au moyen de ma signature ci-dessous, je confirme être autorisé à agir à ces fins au nom de toutes mes personnes à charge. Une photocopie de la présente autorisation sera tout aussi valide que l'original.**

**Je reconnais que ma réclamation pourrait faire l'objet d'un examen et d'une enquête. J'accorde à certains souscripteurs de Lloyd's, StudyInsured ou leurs mandataires autorisés l'autorité d'acquiescer tout document ou toute déclaration d'autres assureurs, d'institutions financières, de fournisseurs de voyages, de sociétés ou d'organismes publics ou privés pouvant fournir des renseignements liés à ma réclamation et par les présentes, je consens à la divulgation de tels renseignements à d'autres sources ainsi que cela peut s'avérer nécessaire au traitement de ma réclamation.**

**Par les présentes, je cède toute prestation qui pourrait être obtenue d'autres sources pour les pertes couvertes par la présente police. En outre, je demande auxdites sources de faire parvenir le paiement pour ma réclamation présentée à l'égard desdites pertes. Une photocopie ou une copie télécopiée de la présente autorisation est acceptable.**

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

Nom complet de l'assuré (en caractères d'imprimerie)	Si l'assuré a moins de 16 ans, nom complet du parent ou tuteur légal (en caractères d'imprimerie)
Signature de l'assuré (si l'assuré a moins de 16 ans, signature du parent ou tuteur légal)	Signature du titulaire d'une autre police d'assurance dans la section B (le cas échéant)
Date (JJ/MM/AA)	Date (JJ/MM/AA)

## SECTION I : AUTORISATION DE PAYER

### LA PRÉSENTE RÉCLAMATION DOIT ÊTRE PAYÉE À :

La personne assurée, à l'adresse apparaissant à la section A ci-dessus  Parent ou tuteur  Hôpital ou clinique  Médecin ou dentiste

Autre : le cas échéant, j'autorise le paiement de la présente réclamation à (écrire en caractères d'imprimerie) :

### MÉTHODE DE PAIEMENT

Chèque  Transfert électronique de fonds (pour les paiements par TEF, remplir les champs ci-dessous et vérifier l'exactitude des renseignements)

Nom du titulaire du compte	Numéro de l'institution financière	Numéro de domiciliation	Numéro du compte
----------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------

### DÉPÔT DES RÉCLAMATIONS :

StudyInsured™  
150 King St West, Suite 602 - PO Box 75,  
Toronto ON M5H 1J9

accidentclaims@studyinsuredstudentaccident.com  
fax: +1-416-730-1878

1-866-883-9485  
Sans frais au Canada  
et aux États-Unis

+1-416-640-7862  
Appel à frais virés  
lorsqu'accessible