

DEMANDE DE RÈGLEMENT FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

Veillez remplir les deux côtés du présent formulaire et l'envoyer à la Great-West, à l'attention du Service des demandes de règlement — Frais engagés à l'étranger CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5.

Au moment d'envoyer votre demande de règlement, assurez-vous d'y joindre les formulaires provinciaux que vous pouvez vous procurer en visitant le site www.lagreatwest.com ou en téléphonant à notre Service des demandes de règlement — Frais engagés à l'étranger, au numéro 1 800 957-9777.

Ces formulaires dûment remplis nous permettront de payer les prestations à l'égard des demandes de règlement admissibles et de coordonner les prestations directement avec votre régime d'assurance-maladie provincial ou tout autre assureur.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du salarié _____

Adresse postale complète _____

Numéro de téléphone _____

Employeur _____ Régime n° _____ Numéro d'identification _____

J'autorise par les présentes la divulgation des renseignements ou données nécessaires relativement à ma demande de règlement auprès de la Great-West ou auprès de l'un de ses agents autorisés, et je certifie que ces renseignements sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature du salarié _____ Date _____

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient _____ Date de naissance _____

Lien avec le salarié _____ Raison du voyage _____

Date de départ _____ Date de retour prévue _____

Date de retour réelle _____ Pays visité _____ Devise _____

Veillez donner une brève description de la maladie ou de la blessure qui a nécessité des soins à l'extérieur du Canada :

Date du début des symptômes _____

Date à laquelle vous avez reçu pour la première fois des soins médicaux pour ces symptômes _____

Avant son départ du Canada, le patient était-il au courant de son affection, ou recevait-il des traitements pour cette affection? Oui Non

Dans l'affirmative, quand a-t-il été traité pour la dernière fois au Canada? _____

J'autorise la Great-West à rembourser directement les fournisseurs de soins.

Signature du salarié _____



RELEVÉ DES FRAIS

Nombre total de factures annexées à la présente demande de règlement. _____
Donnez le détail des frais ci-dessous. Si vous manquez d'espace, annexe une page distincte.

DATE	FOURNISSEUR	MONTANT
VALEUR TOTALE EN DOLLARS DES FACTURES SOUMISES		\$

DÉCLARATION VISANT UNE AUTRE ASSURANCE

Avez-vous droit ou un membre de votre famille immédiate a-t-il droit à une protection d'assurance voyage ou d'assurance-maladie aux termes d'un autre régime, y compris aux termes d'un régime collectif offert par l'employeur, d'un régime d'assurance voyage individuel ou privé ou d'un régime de carte de crédit, qui couvrirait une partie des frais engagés?

OUI NON

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type de l'autre assurance : (collective, individuelle, carte de crédit)		Nom et numéro de téléphone de l'autre assureur :	
N° de police ou de régime :		Numéro d'identification :	

Avez-vous soumis une demande de règlement à un autre assureur ou communiqué avec ce dernier au sujet de la présente demande de règlement? OUI NON

Si vous êtes couvert par une autre assurance, veuillez signer la déclaration suivante, qui nous permet de coordonner vos prestations avec celles d'autres assureurs. Cette déclaration doit être signée avant le paiement de toute prestation.

Par les présentes, je, _____, autorise la Great-West
(signature)

et ses agents autorisés à coordonner le paiement des prestations avec tout autre assureur pouvant avoir des obligations à respecter à l'égard de la présente demande de règlement. Je charge irrévocablement la Great-West d'effectuer les paiements, de recevoir les paiements et de négocier les règlements avec les fournisseurs et autres assureurs au nom du patient.

De plus, j'autorise la Great-West à recevoir des renseignements médicaux des fournisseurs et d'autres assureurs ou à leur en divulguer en vue de faciliter le paiement et la coordination des prestations.