

## INSTRUCTIONS

## IMPORTANT

- Toute demande de remboursement doit être envoyée avec justificatifs à Intrepid 24/7, dans les 90 jours suivant la date des soins.
- Une preuve écrite du sinistre doit être soumise à Intrepid 24/7 dans les 90 jours suivant la date des soins.
- Les frais associés à la complétion du formulaire ou demande de documents supplémentaires sont à votre charge.
- Ne pas remplir et signer ce formulaire dans son intégralité ou ne pas soumettre de justificatifs retardera le traitement de votre demande de remboursement.

## À PROPOS DU FORMULAIRE

- Veuillez compléter toutes les sections ci-dessous et vous assurer de signer le formulaire avant de le soumettre à Intrepid 24/7, en joignant les factures, rapports médicaux détaillant le(s) type(s) de traitement(s) ainsi que les dates des traitements et reçus de pharmacie. Veuillez conserver toutes les copies.
- Veuillez obtenir et soumettre à Intrepid 24/7 une copie du rapport médical effectué en salle d'urgence, ainsi que tous les rapports d'hôpital, dans le cas où les soins ont été reçus dans un hôpital. Dans le cas où le traitement a été reçu dans une clinique, un centre de soins ou par un médecin de famille, veuillez joindre à votre demande le rapport médical du médecin.

## SECTION A: INFORMATION SUR L'ASSURÉ(E)

Prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Nom de famille de l'assuré : \_\_\_\_\_

Date de naissance (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ N° de Police : \_\_\_\_\_ N° de Groupe : \_\_\_\_\_ # ID : \_\_\_\_\_

 Homme  Femme  Non-binaire  Non divulgué Établissement Éducationnel : \_\_\_\_\_

Date d'adhésion (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_ Date d'arrivée au Canada (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_

## ADRESSE AU CANADA

Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Pays d'origine : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE DANS LE PAYS D'ORIGINE

Nom complet : \_\_\_\_\_ Nom de la clinique ou cabinet médical : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE AU CANADA

Nom complet : \_\_\_\_\_ Nom de la clinique ou cabinet médical : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## SECTION B: COUVERTURE D'ASSURANCE TIERCE

Possédez-vous actuellement une couverture provinciale ou gouvernementale (de quelque nature que ce soit) ?  Oui  Non

Si oui, merci de saisir le nom de l'organisme fournissant la couverture.

Avez-vous, votre époux(se), ou parents/tuteurs une autre assurance santé ou assurance voyage ?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les détails de l'autre compagnie d'assurance ci-dessous. Si non, indiquez-le en cochant 'Non' ci-dessus.

Nom complet : \_\_\_\_\_ Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Téléphone de l'employeur (si applicable) : \_\_\_\_\_

Si 'non' sélectionné, je garantis par la présente que je n'ai souscrit à aucune autre assurance de voyage ou d'assurance médicale.

## SECTION C: INFORMATION SUR LES SOINS

Description de la maladie, blessure (veuillez joindre un nouveau formulaire si l'espace ci-dessous est insuffisant).

Date des premiers symptômes ou de la blessure (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été soigné pour cette blessure (similaire ou des suites de) ?  Oui  Non

Date à laquelle vous avez consulté un physicien pour cette blessure (similaire ou des suites de) (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu 'oui' ci-dessus, veuillez fournir les dates du traitement et lister toutes les médications prises avant la date effective de la police d'assurance en cours :

Date du traitement (MM/JJ/AA): \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

Date du traitement (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_ Médication : \_\_\_\_\_

## SECTION D: MONTANT(S) DES SOINS

Nom du prestataire de santé	Diagnostique	Date des soins (MM/JJ/AA)	Montant facturé (\$)	Montant payé (\$)

## SECTION E: AUTHORIZATION ET CERTIFICATION

Berkley Canada («Berkley»), Intrepid 24/7 («Intrepid»), ses agents et ses administrateurs sont tenus de collecter et de conserver certaines informations personnelles et / ou médicales vous concernant dans le cadre de votre couverture d'assurance. Nous utilisons et divulguons ces informations uniquement dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance, service à la clientèle, évaluation et règlement des demandes de remboursement. Nous nous engageons à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des informations personnelles que nous collectons, utilisons, conservons et divulguons. Vos informations personnelles seront utilisées uniquement dans le but de vous fournir les services d'assurance demandés. Les politiques de confidentialité complètes de Berkley et d'Intrepid sont disponibles sur demande.

**J'autorise tout médecin, médecin, hôpital ou établissement fournissant des services médicaux ou liés à la santé, un administrateur tiers et tout autre assureur à divulguer et échanger avec Berkley, Intrepid, ou ses représentants, toute information (y compris les rapports et informations médicaux) requis pour traiter ma demande. J'autorise toute tierce partie à m'assister dans le cadre de ce processus de demande de remboursement à avoir accès à toutes les informations relatives aux réclamations pertinentes liées à l'adjudication de ma réclamation avec Berkley et Intrepid. J'autorise Intrepid à coordonner le paiement des prestations avec toute compagnie d'assurance qui pourrait avoir une responsabilité dans cette demande de remboursement et céder à Berkley et Intrepid toutes les prestations payables par d'autres sources pour les pertes couvertes par cette police, et autoriser et diriger ces payeurs directement à Berkley et Intrepid. En signant ce formulaire, je confirme ci-dessous être autorisé à agir au nom de l'un de mes dépendants à ces fins. Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original.**

**Je certifie que les informations renseignées dans ce formulaire sont complètes, vraies et précises.**

Nom de l'assuré(e) (en caractère d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Si l'assuré(e) est mineur(e), nom du parent ou tuteur légal : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré(e) (si mineur(e) < 16 ans, signature du parent ou tuteur légal): \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de la police de l'autre assurance mentionné dans la Section B (si applicable) : \_\_\_\_\_

## SECTION F: REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

La demande de remboursement est payable :

A l'assuré(e) à l'adresse inscrite dans la section A de ce formulaire  Parent/Tuteur

Hôpital/Clinique  Physicien  Autre si applicable

J'autorise le paiement à (nom complet) : \_\_\_\_\_

Date signé (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_

### EN CAS D'URGENCE, VEUILLEZ CONTACTER IMMÉDIATEMENT INTREPID 24/7 :

1.866.883.9787 +1 416.640.7865  
Numéro vert depuis le Canada et les États-Unis Collect où applicable

courriel: [intrepid@intrepid247.com](mailto:intrepid@intrepid247.com)

### DEMANDES DE REMBOURSEMENT:

Intrepid 24/7, 460 Richmond Street West, Suite 100, 1.866.883.9485 +1 416.640.7862  
Toronto, ON, M5V 1Y1 Numéro vert depuis le Canada et les États-Unis Collect où applicable  
[claims@intrepid247.com](mailto:claims@intrepid247.com)