

### INSTRUCTIONS

#### IMPORTANT

- Une preuve écrite du sinistre doit être soumise à Intrepid 24/7™ avec justificatifs dans les 90 jours suivant la date des soins.
- 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 du(es) traitement(s) et reçus de pharmacie.
- 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.
- Si vous avez payé vos soins vous-même, veuillez soumettre toutes les facture originales détaillées ainsi que les reçus des prestataires médicaux ou de l'hôpital, en précisant les dates de traitement et le(s) type(s) de traitement. Les photocopies des factures ne sont pas acceptées.

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

#### VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AU FORMULAIRE :

- 1) Une copie (recto et verso) de votre carte d'assurance maladie émise par le gouvernement.
- 2) Une preuve de la date effective de départ de la province ou du pays de résidence. La preuve comprend, mais sans s'y limiter, un itinéraire de vol, des tickets d'essence ou des reçus de péage routier.
- 3) Une preuve de retour au Canada, mais sans s'y limiter, un itinéraire de vol, des tickets d'essence ou preuve d'achat au moment de l'entrée au Canada.

**Si vous soumettez votre demande par courriel, veuillez conserver les reçus / factures originales, car ils pourraient être demandés à une date ultérieure.**

#### PERSONNE ASSURÉE

Prénom de l'assuré(e)		Nom de famille de l'assuré(e)		N° de police	
Date de naissance (MM/JJ/AAAA)		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Non divulgué			
Date de départ du Canada (MM/JJ/AA)			Date prévue de retour au Canada (MM/JJ/AA)		

#### ADRESSE HORS DU CANADA

Unité		Rue			
Ville		État/Province		Pays	ZIP/Code postal
Téléphone			Courriel		

#### ADRESSE AU CANADA

Unité		Rue			
Ville		Province		Code postal	
Téléphone			Courriel		

#### INFORMATIONS DU MÉDECIN TRAITANT POUR CETTE RÉCLAMATION

Nom complet		Nom de la clinique ou cabinet médical			
Unité		Rue			
Ville		État/Province		Pays	ZIP/code postal
Téléphone			Télécopieur		

#### INFORMATIONS DU MÉDECIN DE FAMILLE AU CANADA (SI APPLICABLE)

Nom complet		Nom de la clinique ou cabinet médical			
Unité		Rue			
Ville		Province		Code postal	
Téléphone			Télécopieur		

**SECTION B : COUVERTURE D'ASSURANCE TIERCE**

A l'assuré(e) ou son époux(se), ses parents/tuteurs une autre assurance santé ou assurance voyage ?  Oui  Non

**SI OUI**, veuillez renseigner ci-dessous les détails de l'autre compagnie d'assurance.

Nom complet du titulaire		Compagnie d'assurance		
N° de police/régime	N° de ID/certificat	Groupe de l'employeur (si applicable)	Nom de l'employeur (si applicable)	Téléphone de l'employeur (si applicable)

**SECTION C : INFORMATIONS SUR LES SOINS REÇUS**

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

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

A l'assuré(e) déjà été soigné pour cette maladie ou blessure (similaire ou des suites de) ?  Oui  Non

**SI OUI :**

Date à laquelle l'assuré(e) a consulté un physicien pour cette maladie ou blessure (similaire ou des suites de) (MM/JJ/AA) :

Veuillez fournir les dates du traitement et lister toutes les médications prises pour cette maladie ou blessure (similaire ou des suites de) avant la date effective de la police d'assurance en cours :

Date du traitement (MM/JJ/AA)	Médication

**SECTION D : MONTANT DES SOINS**

Nom du prestataire de santé	Diagnostic	Date du service (MM/JJ/AA)	Montant facturé (\$)	Montant payé (\$)

## SECTION E : AUTORISATION ET CERTIFICATION

Certains souscripteurs de Lloyd's (« Lloyd's »), 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 Lloyd's et d'Intrepid sont disponibles sur demande.

**J'autorise tout médecin, hôpital, établissement fournissant des services médicaux ou liés à la santé, administrateur tiers, régime provincial, et tout autre assureur à divulguer et échanger avec Lloyd's, 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 Lloyd's 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 Lloyd's 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 Lloyd's 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 complet de l'assuré(e) (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Si applicable, j'autorise le paiement de ce remboursement à (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

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

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

Date (MM/JJ/AA) : \_\_\_\_\_

**IN THE EVENT OF AN EMERGENCY  
PLEASE CONTACT INTREPID 24/7™  
IMMEDIATELY AT:**

1-800-203-8508  
toll-free from Canada and the USA  
e-mail: [intrepid@intrepid247.com](mailto:intrepid@intrepid247.com)

+1-416-646-3107  
collect where available

**CLAIMS SUBMISSION:**

Intrepid 24/7  
150 King St West, Suite 602 - PO Box 75  
Toronto, ON M5H 1J9 Canada

e-mail: [claims@intrepid247.com](mailto:claims@intrepid247.com)  
fax: 1-416-730-1878