

ASSURANCE VOYAGE POUR ETUDIANT ETRANGER
(venant étudier au Québec)

**DEMANDE DE RÈGLEMENT –
FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX**

Identification de l'élève assuré

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____
 aa mm jj
No de la police d'assurance
de l'élève assuré :

Identification de l'établissement scolaire fréquenté

Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____
Nom du responsable attitré : _____

BIEN LIRE CE QUI SUIT AVANT D'ACHEMINER VOTRE DEMANDE

Veuillez remplir ce formulaire **au complet**, y joindre les **ORIGINAUX** des factures et reçus détaillés et envoyer le tout à la **Croix Bleue, à l'adresse indiquée ci-dessous.**

Ces documents **ne vous seront pas retournés**; veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

Veuillez soumettre vos demandes de règlement dans les douze (12) mois de la date d'achat ou du service rendu.

Les frais faisant l'objet de cette demande sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance ? O Non
Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :
Nom de l'assureur : _____ No du contrat : _____

Je certifie que les frais soumis ont été engagés par suite d'une maladie soudaine et imprévue ou d'un accident et que mes déclarations sont complètes et véridiques. J'autorise la Croix Bleue du Québec à demander aux professionnels de la santé et/ou aux centres hospitaliers concernés l'information nécessaire au règlement de cette demande.

Signature de l'assuré

Date

(____) _____
No de téléphone


CASE POSTALE 3300
SUCCURSALE B
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3B 4Y5

English on reverse side