

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE



Une place de choix<sup>MD</sup>

Allianz

Global Assistance

À remplir, signer et faire parvenir dans les plus brefs délais à Allianz Global Assistance.

Sans ces renseignements, nous serons dans l'impossibilité de traiter votre demande.

C.P. 277  
Waterloo, ON Canada  
N2J 4A4

ou C.P. 71987  
Richmond, VA USA  
23255-1987

## RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA PATIENT(E)

Nom du Patient(e) : \_\_\_\_\_ Numéro de Dossier : \_\_\_\_\_

Adresse :

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ On peut vous contacter par téléphone / courriel? (encerclez votre préférence)

Date de Naissance du Patient : \_\_\_\_\_ Sexe:  H  F  X Relation du Patient avec le Titulaire de la Police : \_\_\_\_\_  
(MM/JJ/AAAA)

Numéro de Carte Provinciale de Santé du Patient : \_\_\_\_\_ code de version (pour certains résidents ontariens)

### Renseignements sur le Titulaire de la Police (si différent du Patient)

Nom du Titulaire de la Police : \_\_\_\_\_ Numéro de la Police : \_\_\_\_\_

Date de naissance du Titulaire de la Police : \_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA)

Avez-vous payé pour un traitement?  Non  Oui : Montant total demandé : \_\_\_\_\_ \$

Si « Oui », veuillez préciser le nom du fournisseur de services, le montant payé et la devise du paiement. Si des frais sont payés en totalité, s'il vous plaît soumettre une preuve de paiement. Si des frais supplémentaires ont été occasionnés, veuillez joindre une autre page.

Payé Partiellement ou  Intégralement Nom du fournisseur de service : \_\_\_\_\_ Montant Payé : \_\_\_\_\_

Payé Partiellement ou  Intégralement Nom du fournisseur de service : \_\_\_\_\_ Montant Payé : \_\_\_\_\_

## DÉTAILS DU VOYAGE

Date du Départ : \_\_\_\_\_ Date de Retour Anticipé/Prévu : \_\_\_\_\_ Date de Retour réelle : \_\_\_\_\_  
MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA

Raison du Voyage:  Affaires  Vacances  Études  Soins Médicaux  Autre : \_\_\_\_\_ Destination : \_\_\_\_\_

Moyen de Transport :  Voiture  Avion  Autre : \_\_\_\_\_

Le cas échéant, avez-vous acheté une couverture d'assurance supplémentaire?  Non  Oui (préciser)

## AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE POUR LA COORDINATION DES PRESTATIONS

### Renseignements sur l'Employeur

Nom du Conjoint : \_\_\_\_\_

Si retraité, précisez le Nom de l'employeur qui offre la couverture: \_\_\_\_\_ Date de Naissance du Conjoint : \_\_\_\_\_  
MM/JJ/AAAA

Nom de l'Employeur : \_\_\_\_\_ Retraité?  Employeur du Conjoint : \_\_\_\_\_ Retraité?

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Veuillez indiquer toutes vos autres couvertures d'assurance en vigueur chez un/(d')autre(s) assureur(s) : (par exemple : l'assurance collective offerte par l'employeur de votre conjoint, l'assurance collective en qualité de retraité, cartes de crédit avec des prestations d'assurance, ou un plan d'assurance Voyage). Joindre une page supplémentaire si nécessaire.**

1) Nom de l'Assureur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Limites cumulatives payables en vertu de cette police?

Non  Oui (préciser) \_\_\_\_\_ \$

Numéro de la Police : \_\_\_\_\_ Numéro du Certificat : \_\_\_\_\_ Signature du Titulaire de la Police : \_\_\_\_\_

2) Nom de l'Assureur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Limites cumulatives payables en vertu de cette police?

Non  Oui (préciser) \_\_\_\_\_ \$

Numéro de la Police : \_\_\_\_\_ Numéro du Certificat : \_\_\_\_\_ Signature du Titulaire de la Police : \_\_\_\_\_

Couverture de la Carte de Crédit : préciser le type de carte et la banque : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà soumis ces factures à une des compagnies d'assurance ci-dessus?  Non  Oui Si oui, à laquelle? \_\_\_\_\_

**VOIR LE VERSO POUR LA PAGE 2**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Veillez décrire brièvement la situation occasionnant votre besoin de soins médicaux, inclure le diagnostic.

Les services médicaux ont-ils fait suite à un accident?  Oui  Non Si « Oui », veuillez donner les détails et joindre un rapport d'accident au formulaire.

Nom de l'Hôpital : \_\_\_\_\_ Date de l'Évènement : \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

Avez-vous fait d'autres demandes auprès de Allianz Global Assistance?  Oui  Non

Avez-vous eu ces symptômes/condition auparavant?  Oui  Non

Si « Oui », indiquez la date de votre dernier traitement (inclure les médicaments) : \_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA)

Veillez lister tous les médicaments prescrits et pris **avant** la date de départ :

Quand votre ordonnance a-t-elle été changée pour la **dernière fois avant** votre départ? (inclure le type et le dosage) : \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

Nom, Adresse et Téléphone de votre Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Nom, Adresse et Téléphone d'un Médecin Spécialiste : \_\_\_\_\_

Date de votre **dernière** visite médicale (au Canada) avant votre voyage : \_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA)

Pays où la demande a été émise : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION

### DIRECTIVES SPÉCIALES RELATIVES AU RÉGIME PROVINCIAL D'ASSURANCE-MALADIE ET AUTRES POLICES D'ASSURANCE

J'autorise la Régie d'assurance maladie de mon gouvernement, notamment l'OHIP, à faire un versement directement à AZGA Service Canada Inc, dont le nom commercial est Allianz Global Assistance, relativement à ma réclamation pour les services de soins médicaux reçus à l'étranger et, par la présente, je libère la Régie d'assurance maladie, après paiement à AZGA Service Canada Inc, de toute réclamation ou de ses conséquences en rapport avec ladite réclamation.

Par la présente, j'autorise la Régie d'assurance maladie, notamment l'OHIP, à recueillir directement ou indirectement les renseignements personnels, dont les renseignements concernant ma santé, provenant de cette réclamation pour services de soins médicaux reçus à l'étranger (en vertu de la Section 39 (1) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, et pour les résidents de l'Ontario, de la Section 4 (2) (F) de la Loi sur l'assurance santé et de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé).

Je consens à ce que la Régie d'assurance maladie de ma province, notamment l'OHIP, divulgue à AZGA Service Canada Inc de tels renseignements personnels, dont les renseignements concernant ma santé, relativement au traitement et au paiement de ma réclamation pour les services de soins médicaux reçus à l'étranger, incluant les détails de tout paiement en duplicata m'ayant d'abord été envoyé directement. Je reconnais que si je choisis de ne pas donner mon accord pour que de tels renseignements soient recueillis, utilisés ou divulgués, ma réclamation ne pourra être traitée ni payée. À l'égard de ces paiements effectués en mon nom, je consens à ce que toutes les indemnités payées ou payables par tout autre assureur, relativement à cette réclamation, soient assignées en tout ou en partie à AZGA Service Canada Inc ou, si elles proviennent de AZGA Service Canada Inc, à la compagnie d'assurance qui a émis la police pour laquelle un tel versement a été fait.

### CERTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je certifie, au meilleur de ma connaissance, que les réponses fournies aux pages 1 et 2 sont complètes, à jour et précises.

Je reconnais que la présentation de renseignements faux, incomplets ou trompeurs lors de la soumission d'une demande de règlement peut entraîner l'annulation de la couverture, que le paiement de cette demande de règlement pourrait être refusé et que tout paiement effectué par erreur devra être recouvré.

J'autorise tout médecin, hôpital ou autre fournisseur de soins médicaux m'ayant examiné, ou m'ayant prodigué des soins, à soumettre à Allianz Global Assistance ou à ses représentants ou à échanger avec ceux-ci, tout renseignement<sup>1</sup> se rapportant à mon dossier médical, mes symptômes, mon traitement, mon examen ou mon diagnostic dans le but de traiter ma réclamation.

J'autorise aussi tout autre assureur à soumettre à Allianz Global Assistance ou à ses représentants ou à échanger avec ceux-ci, tout renseignement sur ma santé ou information à propos des remboursements associés à cette réclamation.

Je comprends que si je suis une personne à charge sous ce régime, le/la titulaire de la police aura accès à de l'information à mon sujet à propos de la réclamation qui a rapport avec l'administration de ce régime.

Je consens à ce qu'une photocopie ou une télécopie de cette autorisation soit reconnue comme une copie originale et considérée valide pendant toute la durée du règlement de cette réclamation, pour une période n'excédant pas deux ans à partir de la date de la signature. Je comprends que certaines informations à mon sujet peuvent être vérifiées si jamais ce régime devait être contrôlé.

Nom du Patient (EN LETTRES MOULÉES) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

Adresse au Canada : \_\_\_\_\_

Signature du **Patient ou de la personne qui le/la représente juridiquement\*** : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du **titulaire de la Police** : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

<sup>1</sup> **REMARQUE IMPORTANTE** : Cette demande de dossier médical exclut les tests génétiques. Par *test génétique*, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

\* Si le/la Patient(e) est mineur(e), son tuteur légal ou tutrice légale doit signer en son nom. Si un(e) représentant(e) légal(e) autre que le tuteur légal ou tutrice légale signe ce formulaire, (pouvoir par procuration, exécuteur testamentaire, etc.) le régime provincial d'assurance médicale exige une preuve d'un statut de « Représentant(e) légal(e) ».

**Lorsque vous nous soumettez vos originaux, n'oubliez pas d'en conserver une photocopie pour vos dossiers.**

**Si vous avez d'autres questions à propos de votre demande, n'hésitez pas à communiquer avec notre service à la clientèle au 1-800-363-1835.**