

Service des demandes de règlement d'Allianz Global Assistance

250 Yonge Street, bureau 2100

Toronto (Ontario) M5B 2L7

Canada

Appels à frais virés de partout dans le monde : 416-340-8809

Appels sans frais du Canada et des États-Unis : 1-800-869-6747

Demande n° : _____

Numéro RAMO : _____

Code de version : _____

Date de naissance : _____

(aa/mm/jj)

Je, _____, donne irrévocablement instruction et autorisation au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (ci-après, le « Ministère ») d'effectuer un paiement relativement à ma demande de remboursement de soins reçus à l'étranger, directement à AZGA Service Canada Inc., et, par les présentes, dégage le RAMO, sur réception du paiement à AZGA Service Canada Inc., de toute autre réclamation ou cause d'action relativement à ce qui précède.

Consentement

J'autorise le Ministère à recueillir des renseignements personnels sur ma santé, c.-à-d. :

- les renseignements concernant les soins que j'ai reçus à l'étranger, et
- les renseignements utiles aux fins du remboursement de ces soins aux termes de la Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, c. H.6,

auprès d'AZGA Service Canada Inc., et à divulguer au besoin ces renseignements personnels sur la santé, aux fins de la vérification de ma demande de remboursement à AZGA Service Canada Inc., notamment les renseignements sur tout paiement en double que j'ai pu toucher auparavant.

Je comprends le motif de la collecte et de la divulgation de ces renseignements personnels sur ma santé par le Ministère.

Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire d'autorisation.

Si l'autorisation de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels sur la santé est donnée au nom d'une personne qui ne peut le faire elle-même :

Je, _____, suis le mandataire spécial de

_____. J'autorise le Ministère à recueillir des renseignements personnels sur la santé de l'assuré, soit :

- les renseignements concernant les soins que l'assuré a reçus à l'étranger, et
- les renseignements utiles aux fins du remboursement de ces soins aux termes de la Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, c. H.6,

auprès d'AZGA Service Canada Inc., et à divulguer ces renseignements personnels sur la santé au besoin, aux fins de la vérification de ma demande de remboursement à AZGA Service Canada Inc., notamment les renseignements sur tout paiement en double que j'ai pu toucher auparavant.

Je comprends le motif de la collecte et de la divulgation de ces renseignements personnels sur la santé de l'assuré par le Ministère. Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire d'autorisation. Note : Le mandataire spécial est une personne autorisée par la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé à consentir, au nom d'une personne, à la divulgation de renseignements personnels sur la santé de cette personne.

Autorisation – Assuré

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. (domicile) : () _____

Tél. (travail) : () _____

Signature : _____

Date : (aa/mm/jj) _____

Autorisation – Témoin

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. (domicile) : () _____

Tél. (travail) : () _____

Signature : _____

Date : (aa/mm/jj) _____