

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE

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 renseignement¹ 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

¹ **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.