

## POUR SOUMETTRE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT VEUILLEZ :

- ÉTAPE 1** Réunir tous les documents nécessaires à la présentation de votre demande de règlement
- ÉTAPE 2** Remplir et signer le formulaire de demande de règlement
- ÉTAPE 3** Remplir l'aide-mémoire ci-dessous
- ÉTAPE 4** Envoyer tous les documents à Allianz Global Assistance

## IMPORTANT

- Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 30 jours suivant l'événement.
- Une preuve écrite de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 jours suivant l'événement.
- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire ou pour l'émission de quelque document à l'appui sont à votre charge.

## AIDE-MÉMOIRE

Avez-vous :

- Le formulaire de demande de règlement dûment rempli, signé et daté?
  - Sections 1, 2, 3, 4 et 6 (remplies par vous-même)
  - Section 5 (remplie par votre médecin traitant/dentiste)

*Les formulaires incomplets seront retournés et le traitement de votre demande de règlement sera retardé.*

- Le rapport de la salle d'urgence et les dossiers médicaux pertinents (si vous avez été traité dans un hôpital ou en consultation externe)?

- Tous les reçus originaux?  
*Les photocopies ne seront pas acceptées.*

- Une copie de tous vos documents pour vos dossiers?

### Service des demandes de règlement d'Allianz Global Assistance :

Service des demandes de règlement  
d'Allianz Global Assistance  
250 Yonge Street, bureau 2100  
Toronto (Ontario) M5B 2L7  
Canada

### Pour connaître l'état de votre demande de règlement :

Sans frais du Canada et des États-Unis : 1-800-869-6747  
Appel à frais virés de partout dans le monde : 416-340-8809  
Courriel : [claims.to@allianz-assistance.ca](mailto:claims.to@allianz-assistance.ca)

## SECTION 1 : CONFIDENTIALITÉ ET DÉCLARATION

**Déclaration de confidentialité d'Allianz Global Assistance**

Allianz Global Assistance s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses opérations.

Allianz Global Assistance reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'accomplir leurs fonctions. Nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Pour plus de détails quant à la politique d'Allianz Global Assistance sur la vie privée, visitez le [www.allianz-assistance.ca](http://www.allianz-assistance.ca). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le chef de la Protection de la vie privée d'Allianz Global Assistance aux coordonnées suivantes :

AZGA Service Canada Inc.  
s/n Allianz Global Assistance  
250 Yonge Street, bureau 2100  
Toronto (Ontario) M5B 2L7  
Canada

Téléphone : 416-340-1980  
Courriel : [privacy@allianz-assistance.ca](mailto:privacy@allianz-assistance.ca)

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'assurance et de la gestion de toute police que nous émettons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.

J'ai lu et compris la déclaration de confidentialité et je consens à la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation de mes renseignements personnels ou ceux de mes personnes à charge pour les objectifs mentionnés ci-dessus. Je comprends que je peux révoquer mon consentement, par écrit, à tout moment et reconnais que, le cas échéant, ma demande de règlement pourrait ne pas être considérée.

Par la présente, je cède à Allianz Global Assistance toutes les prestations obtenues auprès d'autres sources pour les pertes assurées par la présente police. J'autorise ces sources à verser le paiement directement à Allianz Global Assistance et autorise également Allianz Global Assistance à verser les paiements appropriés à toute autre partie dans le cadre du traitement de ma demande de règlement.

Je certifie que les renseignements contenus dans la présente sont véridiques, complets et exacts et que chacune des dépenses inscrites a été payée et engagée dans le cadre d'un traitement médical administré aux personnes dont le nom apparaît plus bas. Je reconnais que la présentation d'informations fausses ou incomplètes peut entraîner le retard ou le refus de cette demande. Advenant un soupçon ou une preuve de fraude ou d'abus concernant cette demande de règlement, je reconnais et accepte qu'Allianz Global Assistance procède à une enquête concernant tout renseignement à propos de moi, mon conjoint et mes personnes à charge en lien avec cette demande de règlement. Les résultats de cette investigation peuvent être utilisés et communiqués à toute tierce partie concernée, et le cas échéant à mon répondant du régime, à des fins d'enquête et de prévention de fraude ou d'abus.

Si je reçois, de la part d'Allianz Global Assistance, un montant qui dépasse les prestations auxquelles j'ai droit en vertu de la police (le montant du « trop-payé »), alors je reconnais et accepte que : (a) je suis redevable à Allianz Global Assistance pour ce trop-payé ; (b) Allianz Global Assistance a le droit de recouvrer le montant du trop-payé par tous les moyens disponibles par la Loi ; et (c) Allianz Global Assistance compensera toutes prestations auxquelles j'ai droit par le montant du trop-payé, jusqu'à ce qu'Allianz Global Assistance ait récupéré le montant du trop-payé dans son intégralité.

Je confirme que toutes les déclarations ci-dessus, y compris toutes mes déclarations passées et futures, faites en personne ou par le biais de conversations téléphoniques relatives à ma demande de règlement sont à jour, vraies, complètes et exactes.

Signature de l'assuré :

Date : MM/JJ/AAAA

Nom de l'assuré (en lettres moulées svp) :

N° de police :

## SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 Homme  Femme Date de naissance : MM/JJ/AAAA N° de police : \_\_\_\_\_  
 Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_ Date d'inscription à l'établissement : MM/JJ/AAAA

## Adresse au Canada

Adresse civique : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 Pays d'origine : \_\_\_\_\_ Date d'arrivée au Canada : MM/JJ/AAAA

## Nom et adresse du médecin de famille dans le pays d'origine :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 Adresse civique : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

## Nom et adresse du médecin de famille au Canada :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 Adresse civique : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Possédez-vous une autre protection d'assurance?  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une protection d'assurance en vertu du régime de l'employeur de votre conjoint?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse de l'autre compagnie d'assurance et le nom du régime :

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse civique : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

## SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Brève description de la maladie ou de la blessure : \_\_\_\_\_  
 Date de la blessure ou de la première apparition des symptômes : MM/JJ/AAAA  
 Date de la première visite chez le médecin pour cet état de santé : MM/JJ/AAAA

Dans le cas d'une blessure, où, quand et comment est-ce arrivé?

Avez-vous déjà reçu un traitement pour cet état de santé ou un état de santé similaire?  Oui  Non

Si oui, inscrivez toutes les dates de traitement ainsi que la liste des médicaments pris **AVANT** la date d'entrée en vigueur de la présente police :

Date : MM/JJ/AAAA Médicaments : \_\_\_\_\_  
 Date : MM/JJ/AAAA Médicaments : \_\_\_\_\_

## SECTION 4 : REMBOURSEMENT DEMANDÉ

Nom de l'intervenant en santé	Diagnostic	Date d'administration du traitement	Montant facturé	Montant payé
1.		MM/JJ/AAAA		
2.		MM/JJ/AAAA		

## SECTION 5 : ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT OU DU DENTISTE

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : MM/JJ/AAAA  
 Diagnostic aux fins de la demande de règlement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date de la première consultation : MM/JJ/AAAA  
 1. Quand les symptômes de cet état de santé ont-ils été constatés la première fois ou quand la blessure s'est-elle produite? MM/JJ/AAAA

2. Le patient ou requérant a-t-il déjà eu un état de santé semblable au cours des 12 mois précédant cette visite?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser :

Date(s) de toutes les visites médicales : MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Traitement administré : \_\_\_\_\_

**SECTION 5 : ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT OU DU DENTISTE (SUITE)**

3. Le patient ou le requérant vous a-t-il été référé?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin référant : \_\_\_\_\_
4. À votre connaissance, y a-t-il un autre médecin au Canada qui pourrait avoir traité ce patient ou requérant pour un état de santé semblable?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse dudit médecin : \_\_\_\_\_
5. Décrivez toutes les autres maladies ou infirmités reliées au présent état de santé : \_\_\_\_\_
6. Veuillez énumérer tous les médicaments que le patient ou requérant prenait au moment de la consultation initiale : \_\_\_\_\_
7. Le patient ou requérant a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir le nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Date de l'admission : MM/JJ/AAAA  
Date du congé de l'hôpital : MM/JJ/AAAA
8. Y a-t-il eu chirurgie?  Oui  Non  
Si oui, veuillez inscrire les noms et adresses du chirurgien et de l'hôpital : \_\_\_\_\_
9. Cet état de santé était-il dû à une grossesse?  Oui  Non  
Si oui, date des dernières menstruations : MM/JJ/AAAA et date prévue de l'accouchement : MM/JJ/AAAA
10. Cet état de santé était-il dû à la consommation d'alcool, à un mauvais usage de médicaments ou à une blessure auto-infligée?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir des détails : \_\_\_\_\_
11. Cet état de santé était-il dû à un accident d'automobile?  Oui  Non  
Si oui, veuillez indiquer la date de l'accident ou de la blessure : MM/JJ/AAAA
12. À votre avis, le traitement pour cet état de santé aurait-il pu être retardé jusqu'à ce que le patient retourne dans son pays d'origine?  Oui  Non  
Si non, veuillez fournir les détails ainsi que la date à laquelle l'assuré aurait été en état de voyager : \_\_\_\_\_  
Date à laquelle l'état du patient lui permet de voyager : MM/JJ/AAAA

**ATTESTATION ET SIGNATURE DU MÉDECIN**

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente section sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

**TAMPON DU MÉDECIN**

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Nom du médecin (en lettres moulées svp) : \_\_\_\_\_

Date : MM/JJ/AAAA Courriel : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

**SECTION 6 : AUTORISATION ET ATTESTATION POUR LES MÉDECINS, LES HÔPITAUX ET AUTRES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ**

En signant ce formulaire, j'autorise et enjoins tout médecin, établissement de soins de santé, prestataire de soins, tout administrateur de régime, tout assureur, réassureur, tout régime d'assurance maladie ou département ministériel (collectivement, « tierce partie ») ayant des renseignements concernant mon état de santé ou autres renseignements personnels pertinents à mon sujet, celui de mon conjoint et/ou une personne à ma charge, à divulguer, libérer, partager et échanger des informations avec Allianz Global Assistance, son assureur, l'administrateur du régime, son agent ou son représentant lorsque ces informations sont nécessaires afin de déterminer mon admissibilité, d'évaluer ma demande, d'enquêter et de confirmer l'exactitude et la validité de ma demande de règlement ou encore pour l'administration ou le traitement de ma demande. Je suis autorisé à agir au nom de mes personnes à charge pour ces fins. Les présentes autorisation et attestation seront reconnues comme autorité juste et suffisante, et toute copie de ce formulaire dûment rempli est aussi valide que l'original. Mon consentement et mon autorisation restent valables pour la durée de ma demande de règlement à moins que je révoque ceux-ci par écrit.

Nom complet de la personne assurée ou du patient (en lettres moulées svp) : \_\_\_\_\_ Date : MM/JJ/AAAA

J'autorise le paiement de cette demande de règlement à (nom en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature de la personne assurée (si mineure, signature d'un parent ou du tuteur légal) : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de l'autre police d'assurance citée à la Section 2 (le cas échéant) : \_\_\_\_\_