

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 : _____ Sex : M 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 couverture 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 : précisez 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? _____

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

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 que j'ai rempli le présent formulaire de réclamation, et que les renseignements fournis aux pages 1 et 2 sont complets, à jour et précis et que chacune des dépenses énumérées a été effectuée ou engagée en raison de mon traitement médical, et ce au meilleur de ma connaissance. Je reconnais qu'en cas de déclaration fautive, incomplète ou trompeuse relativement à la présente réclamation, la protection peut être annulée, le paiement de cette réclamation peut être refusé et tout paiement effectué par erreur sera recouvré. J'accepte de rembourser tout paiement qui n'aurait pas dû être versé.

J'autorise et mandate tout médecin, tout établissement de soins de santé ou tout 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 se rapportant à mon dossier médical, mes symptômes, mon traitement, mon examen, mon tests¹ ou mon diagnostic dans le but de traiter ma réclamation.

J'autorise et mandate aussi toute autre compagnie d'assurance, tout administrateur de régime ou tout régime provincial d'assurance maladie 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 un conjoint ou 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.

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.

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

¹**ATTENTION** : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques. Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

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

* 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.