

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE

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 ou C.P. 71987
Waterloo, ON Canada Richmond, VA USA
N2J 4A4 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 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 ID Green Shield Canada: _____
 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 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

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.

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 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

* 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.

À propos des documents que nous exigeons pour traiter votre demande de règlement...

Une fois que l'urgence de la situation est passée (et nous espérons que vous allez beaucoup mieux), nous vous enverrons des formulaires de demande de règlement à remplir et vous devrez nous envoyer le **FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE FRAIS POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE** rempli et signé pour que nous puissions traiter le paiement de vos demandes de règlement. Ce formulaire nous permet de confirmer les frais médicaux encourus au cours de votre voyage et, dans la plupart des cas, comble les renseignements que nous exigeons pour le traitement de votre demande de règlement.

Veillez prendre note que nous exigeons un formulaire de réclamation de frais rempli pour chaque personne assurée soumettant une demande de règlement. Si vous signez le formulaire au nom du patient et que vous n'en êtes pas le tuteur légal, le régime provincial d'assurance-maladie exige que nous obtenions la preuve de votre état de « représentant légal ».

- **SECTION RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT** : Cette section nous permet d'identifier avec efficacité et certitude le membre assuré ainsi que la police qu'il détient. Les renseignements de cette section sont essentiels pour nous permettre de vérifier l'actualité et la validité de votre protection.
- **SECTION DÉTAILS DU VOYAGE** : Cette section est exigée pour nous permettre de vérifier que votre voyage et vos soins médicaux d'urgence sont conformes aux périodes désignées figurant dans les modalités de votre police.
- **SECTION RENSEIGNEMENTS SUR AUTRES ASSURANCES** : Les renseignements donnés dans cette section de votre formulaire de réclamation des frais nous permettent de coordonner les paiements médicaux avec les autres régimes d'assurance dont vous pouvez bénéficier en plus de ce régime. Si vous avez aussi une couverture d'assurance avec un service de carte de crédit, votre numéro de carte de crédit ne sera utilisé qu'à des fins de coordination de prestations sur votre couverture d'assurance. Si vous ne bénéficiez pas de ce type d'assurance, n'indiquez pas le numéro de votre carte de crédit.
- **SECTION RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** : Si, pour des raisons indépendantes de votre volonté, vous n'avez pas communiqué avec la ligne d'assistance médicale au moment de votre urgence, cette section nous donne une brève description de la situation qui s'est produite. Ne remplissez pas cette section si vous avez communiqué avec Allianz Global Assistance dans les 48 heures suivant votre situation d'urgence. En effet, lorsque vous communiquez avec Allianz Global Assistance dans le délai indiqué, nous pouvons effectuer le suivi médical de votre cas en temps réel. En conséquence, nous aurons déjà tous les renseignements qu'il nous faut et nous pourrions établir la facturation avec le prestataire médical.
- **SECTION AUTORISATION** :
 - **DIRECTIVE SPÉCIALE À L'ÉGARD DU RÉGIME D'ASSURANCE- MALADIE DU GOUVERNEMENT ET D'AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE** : Cette section nous permet de soumettre à votre régime d'assurance-maladie provincial ou à d'autres régimes d'assurance vos frais médicaux admissibles que Allianz Global Assistance a garantis ou payés pour vous. Si vous recevez un paiement du régime d'assurance-maladie provincial pour des factures qui ont été payées par Allianz Global Assistance en votre nom, vous acceptez de nous envoyer ce paiement. La coordination avec votre régime provincial est obligatoire. C'est une exigence d'admissibilité à votre couverture d'assurance de voyage.
 - **AUTHENTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS** : Cette autorisation signée nous permet d'accéder à vos renseignements médicaux personnels relatifs à la réclamation des frais, quand cela s'avère nécessaire, afin d'accélérer le processus de décision de vos demandes de règlement. Ceci est conforme à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE).

Selon la nature de votre réclamation des frais, nous pouvons vous demander des renseignements supplémentaires. Par exemple, si votre urgence médicale était le résultat d'un accident de véhicule à moteur, nous exigeons une copie du compterendu de la police ou de l'accident.

Si vous avez reçu ou payé des factures médicales relatives à cette demande de règlement, nous vous demanderons de nous faire suivre les factures détaillées originales à notre bureau. Les photocopies ou les reçus de paiement sans renseignements détaillés de chaque demande de règlement sont insuffisants.

Nous vous conseillons de toujours garder dans vos dossiers une photocopie de toutes les factures et de toute correspondance avec notre bureau. Si vous avez des questions au sujet de votre réclamation, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle - Réclamations au 1-800-363-1835.