

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS EN CAS D'URGENCE

DEMANDE DE RÈGLEMENT DU RSSFP

Allianz 

Global Assistance

**Veillez remplir le formulaire, le signer et le faire parvenir rapidement à Allianz Global Assistance.
Si nous n'obtenons pas ces renseignements, nous ne pourrions pas traiter votre demande.**

C. P. 277 ou P.O. Box 71987
Waterloo (Ontario) Richmond, VA USA
N2J 4A4 23255-1987

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Dossier : - _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Préférence pour la communication (encercler) : Téléphone / Courriel _____

Date de naissance du patient : _____ Sexe H F Lien du patient avec le membre du RSSFP : _____
JJ/MM/AAAA

Numéro de carte d'assurance-maladie du patient : _____ Code de version (pour certains résidents de l'Ontario) : _____

Renseignements sur le membre du RSSFP (s'il n'est pas le patient)

Nom du membre : _____ N° de certificat : _____ Date de naissance du membre : _____

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 monnaie utilisée pour le paiement. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

Paiement partiel complet (soumettez la preuve de paiement) Nom du fournisseur : _____ Montant payé : _____ \$

Paiement partiel complet (soumettez la preuve de paiement) Nom du fournisseur : _____ Montant payé : _____ \$

Paiement partiel complet (soumettez la preuve de paiement) Nom du fournisseur : _____ Montant payé : _____ \$

RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE

Date de départ : _____ Date de retour prévue ou anticipée : _____ Date de retour réelle : _____
JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

But du voyage : Affaires Vacances Études Soins médicaux Autre : _____ Destination : _____

Moyen de transport : Voiture Avion Autre : _____

Une prolongation de la couverture a-t-elle été souscrite (s'il y a lieu)? Non Oui (préciser)

AUTRES RENSEIGNEMENTS POUR LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Renseignements sur l'employeur

Si à la retraite : Indiquez le nom de l'employeur offrant les garanties.

Nom du conjoint : _____

Date de naissance du conjoint : _____
JJ/MM/AAAA

Nom de l'employeur : _____ À la retraite? Employeur du conjoint : _____ À la retraite?

Adresse : _____ Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Veillez indiquer toutes les couvertures dont vous bénéficiez auprès d'autres assureurs (p. ex. : garanties collectives d'employé, de retraité ou du conjoint, protections offertes par des cartes de crédit ou autre assurance-voyage). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

1) Nom de l'assureur : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Maximum viager au titre du contrat? Non Oui (préciser) _____ \$

N° de contrat : _____ N° de certificat : _____ Signature du titulaire du contrat : _____

2) Nom de l'assureur : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Maximum viager au titre du contrat? Non Oui (préciser) _____ \$

N° de contrat : _____ N° de certificat : _____ Signature du titulaire du contrat : _____

Protection offerte par une carte de crédit – Type de carte et institution émettrice : _____ Numéro : _____

Avez-vous présenté les factures à l'une ou l'autre des compagnies susmentionnées? Non Oui Si «Oui», quelle(s) compagnie(s)? _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERTINENTS

Veillez décrire brièvement dans quelles circonstances vous avez cherché à obtenir de l'assistance médicale et indiquez le diagnostic posé.

Les services médicaux étaient-ils nécessaires en raison d'un accident? Oui Non Si «Oui», veuillez fournir des précisions et joindre un rapport d'accident à ce formulaire.

Nom de l'hôpital : _____ Date de l'événement : _____

Avez-vous déjà présenté ces symptômes ou souffert de ces affections? Oui Non Si «Oui», indiquez la date de votre dernier traitement : _____

AUTORISATION

INSTRUCTIONS SPÉCIALES – RÉGIME PROVINCIAL D'ASSURANCE-MALADIE ET AUTRES COUVERTURES D'ASSURANCE

Je donne à mon régime provincial d'assurance-maladie, y compris l'Assurance-santé de l'Ontario, l'instruction et l'autorisation de verser un paiement relativement à ma demande de règlement visant des soins de santé reçus à l'étranger directement à AZGA Service Canada Inc., qui exerce ses activités sous le nom Allianz Global Assistance. Par la présente, je dégage mon régime provincial d'assurance-maladie, à la réception du paiement à AZGA Service Canada Inc., de toute autre réclamation ou poursuite associée à cette demande.

Par la présente, j'autorise mon régime provincial d'assurance-maladie, y compris l'Assurance-santé de l'Ontario, à recueillir et à utiliser directement ou indirectement mes renseignements personnels, notamment les renseignements personnels sur ma santé qui ont trait au paiement de ma demande de règlement visant des soins de santé reçus à l'étranger (conformément au paragraphe 39(1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* – pour les résidents de l'Ontario, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*). Je consens à ce que mon régime provincial d'assurance-maladie, y compris l'Assurance-santé de l'Ontario, communique à AZGA Service Canada Inc. ces renseignements personnels, notamment les renseignements personnels sur ma santé qui ont trait au traitement et au paiement de ma demande de règlement visant les soins de santé reçus à l'étranger, y compris l'information sur tout paiement m'ayant été versé en double directement. Je comprends que je peux m'abstenir de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la communication de ces renseignements, mais que, dans ce cas, ma demande de règlement ne pourra pas être traitée ni payée.

En contrepartie du paiement fait en mon nom, je consens à ce que toutes les prestations payées ou payables par tout autre assureur relativement à cette demande de règlement soient cédées en tout ou en partie à AZGA Service Canada Inc. ou, si AZGA Service Canada Inc. l'exige, à la société d'assurance qui a établi le contrat au titre duquel un tel paiement a été versé.

ATTESTATION ET AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

Respect de la confidentialité des renseignements vous concernant

Les renseignements obtenus sont en tout temps protégés aux termes des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRDE)*.

En signant ci-dessous, j'atteste que tous les biens et/ou services faisant l'objet de cette demande de règlement ont été reçus par moi-même, par mon conjoint ou par des personnes à ma charge admissibles. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont exacts et complets et que les frais dont il est fait état n'ont pas déjà été remboursés au titre de ce régime ou de tout autre régime. J'affirme également que tous les demandeurs dont il est question sur ce formulaire remplissent les conditions d'admissibilité au RSSFP. Je reconnais et je conviens que les dispositions du consentement à la communication des renseignements personnels de mon adhésion préalable s'appliquent à cette demande.

J'autorise par la présente AZGA Service Canada Inc., ses mandataires et ses fournisseurs de services à recueillir et à utiliser des renseignements sur moi, mon conjoint ou les personnes à ma charge, et à les communiquer à d'autres personnes ou organismes (y compris les professionnels de la santé) qui possèdent ou qui demandent des renseignements personnels, à mon sujet ou au sujet de mon conjoint ou des personnes à ma charge, se rapportant à cette demande de règlement afin de déterminer quelles sont les couvertures pertinentes pour l'évaluation de ma demande visant des soins de santé reçus à l'étranger, ainsi qu'aux fins de gestion et de tarification.

Je comprends que je peux m'abstenir de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la communication de ces renseignements, mais que, dans ce cas, ma demande de règlement ne pourra pas être traitée ni payée. Je reconnais que toute photocopie ou télécopie de cette autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide pendant toute la période d'indemnisation. Je comprends que les renseignements me concernant pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'un audit.

Respect de la confidentialité des renseignements vous concernant

Les renseignements obtenus sont en tout temps protégés aux termes des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRDE).

Signature du membre

Date (jj-mm-aaaa)

Nom du patient (en caractères d'imprimerie) : _____ Date : _____

JJ/MM/AAAA

Adresse au Canada : _____

Signature du **patient / mandataire désigné*** : _____ Téléphone : _____

Signature du **membre du RSSFP** : _____ Date : _____

JJ/MM/AAAA

* Si un représentant légal autre que le tuteur légal du patient signe ce formulaire (mandataire, exécuteur/liquidateur, etc.), veuillez fournir un document attestant l'autorité de ce représentant.

**Si vous faites parvenir des originaux de documents, assurez-vous d'en conserver une copie pour vos dossiers.
Si vous avez des questions, appelez notre centre de service à la clientèle au 1-800-363-1835; nous pourrions vous aider.**