

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET AUTORISATION

POLICE N° _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom au complet : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ N° d'App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Téléphone : Domicile : _____ Bureau : _____ N° de Police : _____

Montant demandé et monnaie : _____

N° d'assurance maladie du bénéficiaire : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT ET LE VOYAGE

Date de départ : _____ Date de retour : _____ Date de survenance de l'événement : _____

Nom du (de la) patient(e) : _____ Lien avec l'assuré(e) : _____

Lieu de survenance de l'événement : (Ville, Pays) : _____

Médecin(s) traitant(s) au Canada : _____

Adresse : _____ Tél. : () _____ Téléc. : () _____

Ville : _____ Pays : _____ Code Postal : _____

PROCURATION

Je, soussigné(e) _____ autorise la Compagnie d'assurance RBC du Canada :

1. soumettre à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (la Régie) conformément aux lois et règlements appliqués par la Régie, les demandes d'indemnité pour les soins médicaux et hospitaliers assurés que mon conjoint, mes enfants et moi-même, avons reçus (assurance familiale) lors de notre séjour (pays/état/ville)

du (date) : _____ au (date) : _____

ASSURANCE FAMILIALE : Pour les fins de l'assurance familiale, la présente procuration ne couvre, outre moi-même, que mon conjoint et mes enfants identifiés ci-dessous :

1. Conjoint : _____ N° d'assurance maladie _____

2. Enfants : _____ N° d'assurance maladie _____

_____ N° d'assurance maladie _____

_____ N° d'assurance maladie _____

2. fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements et documents nécessaires à l'étude et au règlement de ces demandes

3. recevoir de la Régie les prestations payables à moi-même, à mon conjoint et à mes enfants (assurance familiale).

J'AUTORISE la Régie à accepter les demandes de règlement, à agir conformément à la procuration et à communiquer à la Compagnie sur demande, tous renseignements concernant mon statut de bénéficiaire ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

Signature du bénéficiaire : _____ N° d'assurance maladie du bénéficiaire : _____

AUTORISATION AUX MÉDECINS, HÔPITAUX ET AUTRES FOURNISSEURS MÉDICAUX ET AUTORISATION ET DIRECTIVES PARTICULIÈRES

1. Je vous autorise à donner à la Compagnie d'assurance RBC du Canada tout renseignement que vous possédez à mon sujet, pendant que je suis sous votre observation ou traitement, y compris mon passé médical, les diagnostics et les résultats d'examen. J'autorise par la Compagnie d'assurance RBC du Canada à transmettre ces renseignements à des tiers qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui me sont payables par d'autres sources, le cas échéant.
2. Par les présentes, j'assigne à la Compagnie d'assurance RBC du Canada toute indemnité recouvrable d'autres sources pour les pertes couvertes par cette police. Je mandate aussi ces sources pour le paiement à la Compagnie d'assurance RBC du Canada de mes réclamations soumises par la Compagnie d'assurance RBC du Canada relativement à ces pertes. Une photocopie ou une copie télécopiée de cette autorisation est acceptée.
3. Je reconnais que ma demande de règlement peut faire l'objet d'une étude et d'une enquête et j'autorise la Compagnie d'assurance RBC du Canada ou ses agents autorisés à obtenir d'autres assureurs, institutions financières, prestataires de voyages, compagnies ou organismes privés ou publics toute documentation pouvant contenir des renseignements afférents à ma demande de règlement. J'autorise par ailleurs la Compagnie d'assurance RBC du Canada à transmettre ces renseignements à des tiers dans le cadre de l'évaluation de ma demande de règlement.

Nom du demandeur/patient : _____ Date : _____

(Écrire en caractères d'imprimerie)

J'autorise la Compagnie d'assurance RBC du Canada à verser les sommes directement à : _____ qui a réglé d'avance mes frais.

Signature du demandeur/patient : _____ Date : _____

(Le patient doit signer cette section s'il n'est pas d'âge mineur)

RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ASSURANCES

(Cette section doit être remplie par la personne assurée, ou les parents ou le tuteur si la personne assurée est un enfant.)

Bénéficiez-vous d'une assurance collective par l'intermédiaire (cochez les cases pertinentes et précisez) :

de votre employeur de l'employeur de votre conjoint d'un régime de retraités

Nom du membre du régime/de l'employé/du retraité : _____ Date de naissance : J ___ M ___ A ___ N° de la police/du régime : _____

Nom de l'employeur/du groupe : _____ N° d'identification (N° d'employé, de certificat, etc.) _____

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

Nom du conjoint : _____ Date de naissance : J ___ M ___ A ___ N° de la police/du régime : _____

Nom de l'employeur/du groupe : _____ N° d'identification (N° d'employé, de certificat, etc.) _____

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

Avez-vous droit à d'autres prestations par le biais d'une autre compagnie d'assurance voyage ou d'un prestataire de voyage ? Oui Non

Si oui, Nom et adresse : _____

Êtes-vous couvert par une (cochez les cases pertinentes) : Assurance habitation Assurance automobile Autre assurance : _____

N° de la police : _____ Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

Possédez-vous une carte de crédit bancaire? (certaines cartes de crédit offrent des protections en voyage) Oui Non

Si oui, veuillez en préciser le numéro _____

Nom de l'institution financière : _____

Y-a-t-il un cotulaire? Oui Non Si oui, Nom : _____

Je certifie par la présente n'avoir aucune autre assurance voyage ou assurance soins médicaux à l'étranger.

Signature du demandeur : _____ Date : _____