

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET AUTORISATION

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT – FRAIS MÉDICAUX

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
N° de téléphone au domicile : _____ N° de téléphone mobile : _____
Adresse de courriel : _____

« Vous » ou « votre » désigne l'assuré principal nommé dans le présent formulaire de règlement. Si l'assuré principal est un mineur, « vous » ou « votre » désignent l'un des parents ou le tuteur légal.

Mode de communication principal que vous préférez utiliser (sélectionnez une option) : Courriel Téléphone au domicile Téléphone mobile

Si vous avez sélectionné « Téléphone à domicile » ou « Téléphone mobile » ; veuillez indiquer le meilleur moment/jour pour vous joindre du **lundi au vendredi de 8 h à 17 h HE**

Indiquez l'heure : _____ ; Encerclez le jour : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

(en sélectionnant le mode de communication que vous préférez, vous autorisez Compagnie d'assurance RBC du Canada à discuter des renseignements afférents à votre demande de règlement par téléphone ou par courriel)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE ET/OU LE SPÉCIALISTE AU CANADA

Nous pourrions avoir besoin de vos antécédents médicaux pour mener à bien l'examen complet de votre demande de règlement. Veuillez indiquer les coordonnées de vos médecins au Canada.

Médecin(s) de famille :		Téléphone :	
Clinique sans rendez-vous (s'il y a lieu) :		Téléphone :	
Spécialiste(s) au Canada :		Téléphone :	

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. Date de départ en voyage : _____ Date de retour de voyage : _____
2. Date à laquelle vous avez cherché à obtenir des soins médicaux : _____
3. Motif pour chercher à obtenir des soins médicaux (diagnostic) : _____
4. Si vous avez engagé des dépenses admissibles et que votre demande de règlement donne droit à remboursement, indiquer le nom et adresse à qui le remboursement sera envoyé :

Nom :	
Adresse :	

AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

1. Veuillez indiquer le numéro régime d'assurance maladie provincial ci-dessous :
¹ N° de la carte du régime d'assurance maladie provincial : _____
Code de version : _____ (en Ontario seulement) Une ou deux lettres sont ajoutées à la fin du numéro de la carte RAMO de certains résidents de l'Ontario.

2. Avez-vous, vous ou votre conjoint, droit à des prestations au titre d'un autre régime pour les frais médicaux dont vous réclamez le remboursement ?

OUI NON

Dans l'AFFIRMATIVE, veuillez fournir des détails ci-dessous ; dans la NÉGATIVE, n'inscrivez et remplissez la partie suivante.

	Vous-même	Votre conjoint
Nom de la compagnie d'assurance :		
Numéro de régime :		
Numéro d'identification du participant :		

Si l'il s'agit du régime du conjoint, veuillez fournir le nom du conjoint : _____ et sa date de naissance: ____/____/____ (JJ/MM/AAAA)

3. Avez-vous une carte de crédit ? OUI NON

Dans l'AFFIRMATIVE, veuillez fournir des détails ci-dessous :

Pour vous aider à recevoir tous les paiements auxquels vous avez droit, nous assurerons en votre nom la coordination avec d'autres assureurs éventuels. Nous déterminerons si l'assurance prévue par votre carte couvre votre incident.

Numéro de carte de crédit :		Type de carte de crédit :	
-----------------------------	--	---------------------------	--

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR REMPLI LES DEUX CÔTÉS DU FORMULAIRE

LISTE DES DÉPENSES PRÉSENTÉES – FRAIS MÉDICAUX

Indiquez ci-dessous les dépenses admissibles que <u>vous</u> avez payées de votre poche : (p. ex., ordonnances, consultation chez le médecin, repas, ambulance, etc.)	Date d'engagement des dépenses	Montant	Devise utilisée pour régler les dépenses	Reçus originaux ci-joints O/N

* Veuillez joindre une autre feuille si vous manquez d'espace pour énumérer toutes vos dépenses.

* Si vos dépenses sont dans des devises différentes, veuillez les additionner séparément. Montant total : _____ Devise : _____
Montant total : _____ Devise : _____

AUTORISATION

L'autorisation ci-après est donnée à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** d'obtenir, de recouvrer ou de transmettre des renseignements ou des paiements et/ou d'obtenir un recouvrement de votre **régime d'assurance maladie provincial**, d'une compagnie d'assurance maladie complémentaire et/ou de tiers en votre nom.

Régime d'assurance maladie provincial

Conformément aux conditions du présent contrat et aux dispositions des lois provinciales sur l'assurance maladie ayant trait à la liberté d'information et à la protection de la vie privée, et en contrepartie des sommes que la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** pourrait m'avancer par suite de l'établissement du présent contrat :

- Je donne au régime d'assurance maladie provincial l'autorisation et l'instruction d'effectuer le paiement directement à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** pour les services médicaux obtenus à l'étranger à l'égard de ma demande de règlement et libère par la présente le régime d'assurance maladie provincial lors du paiement à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** de toute autre réclamation ou motif d'action en lien avec la demande de règlement en question ; et
- J'autorise le régime d'assurance maladie provincial à recueillir directement les renseignements figurant dans la demande de règlement et les documents d'origine (conformément à l'article 39(1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et à l'article 4(2) de la *Loi sur l'assurance-santé*, en Ontario seulement), et
- Je consens à la divulgation par le régime d'assurance maladie provincial à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** des renseignements personnels qui pourraient être nécessaires au traitement de ma demande de règlement pour les services de santé obtenus à l'étranger, incluant les détails de tout paiement en double fait directement à moi ou en mon nom.
- 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 mes antécédents médicaux, les diagnostics et les résultats d'examen. J'autorise par ailleurs 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, le cas échéant.
- Je reconnais que ma demande de règlement peut faire l'objet d'un examen 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, sociétés ou organismes privés ou publics tout document ou relevé 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, le cas échéant, à des tiers dans le cadre de l'évaluation de ma demande de règlement.
- Je cède, par les présentes, à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** toute prestation payable par des tiers pour des sinistres couverts au titre de la présente police. En outre, je demande à ces tiers de verser à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** les prestations payables par suite de la présentation de ma demande de règlement à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** à l'égard de ces sinistres. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est acceptable.

Nom du demandeur/du représentant légal désigné (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur/du représentant légal désigné

Date

Si le patient est un mineur, le parent ou le tuteur légal doit signer cette partie en son nom. Si un représentant légal, autre que le tuteur légal du patient, signe ce formulaire, une attestation du « statut de représentant légal » doit être fournie (procuration, testament, etc.).

Une copie de cette autorisation sera tout aussi valide que l'original.

Veuillez faire parvenir les formulaires et les documents requis à l'adresse postale suivante :

Compagnie d'assurance RBC du Canada

C. P. 97

Succursale A

Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR REMPLI LES DEUX CÔTÉS DU FORMULAIRE