

Aide-mémoire

Demande de règlement de frais médicaux engagés par des non-Canadiens

Allianz 

Global Assistance

Pour commencer votre demande, suivez les étapes décrites dans l'aide-mémoire ci-dessous.

Pour remplir ce formulaire en format numérique, sauvegardez-le en prenant soin de le nommer avec votre numéro de dossier, si vous le connaissez, et votre nom (p. ex. 1234567- Prénom Nom.pdf).

Remplissez la trousse de demande de règlement en entier. Confirmez que vous nous envoyez tous les renseignements nécessaires.

Rassemblez et numérisez :

1. Les dossiers médicaux, les documents et les factures de l'installation de soins de santé.
2. Les reçus pour les frais courants, y compris une preuve de paiement (c.-à-d. le relevé de carte de crédit indiquant seulement les 4 derniers chiffres et/ou les reçus correspondant à vos factures et dépenses).
3. Les ordonnances (reçus officiels, y compris le nom des médicaments, la posologie et le coût, et non le reçu d'achat du magasin).
4. Une preuve de départ de votre pays d'origine ou de la date de votre arrivée au Canada.

Si vous nous avez déjà appelé pour ouvrir un dossier de demande de règlement, ajoutez votre numéro de dossier sur ce formulaire et sur tous vos documents, vos reçus, vos factures, etc.

Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez la section de renseignements supplémentaires à la fin de ce formulaire.

Veuillez nous envoyer ce formulaire de demande de règlement et vos documents justificatifs à l'adresse submit@allianz-assistance.ca en prenant soin d'inscrire votre numéro de dossier dans la ligne objet de votre courriel si vous le connaissez.

Conservez tous vos documents originaux! Cela comprend tous les reçus, les dossiers, les factures, les itinéraires, les documents justificatifs et votre formulaire de demande pour une période d'un an à partir de la date de la présente soumission. Nous pourrions avoir besoin que vous nous les fassiez parvenir par la poste pour vérification.

Si vous préférez, vous pouvez nous envoyer vos documents par la poste :

Allianz Global Assistance
C. P. 277
Waterloo (Ontario)
Canada N2J 4A4

Voici ce à quoi vous pouvez vous attendre

- Nous communiquerons avec vous s'il nous manque des renseignements.
- Chaque demande de règlement est unique, et certaines peuvent nécessiter des dossiers provenant des établissements médicaux dans lesquels vous avez été traité ainsi que des notes cliniques de votre médecin de famille et/ou de votre spécialiste à domicile. Obtenir ces dossiers peut prendre un certain temps.
- Une fois que nous aurons examiné votre demande de règlement, vous recevrez votre explication des prestations par la poste.

Merci et à bientôt,

L'équipe du Service des demandes de règlement, Allianz Global Assistance

Formulaire de demande de règlement

Frais médicaux engagés par des non-Canadiens



Global Assistance

Numéro de dossier/demande de règlement

Numéro de certificat/police

Titulaire de la police

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance (AA/MM/JJ) _____

Renseignements à votre sujet (toutes les questions du formulaire se rapportent au patient, sauf indication contraire)

Prénom _____ Nom _____

Lien avec le titulaire de la police _____ Date de naissance (AA/MM/JJ) _____

Courriel _____

Numéro de téléphone _____ Autre numéro de téléphone _____

Pays d'origine _____

Date de votre arrivée au Canada (AA/MM/JJ) _____ Date de votre départ de votre pays d'origine (AA/MM/JJ) _____

Adresse domiciliaire dans votre pays d'origine

Adresse postale au Canada

Rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Renseignements à propos de vos antécédents médicaux **AVANT** votre arrivée au Canada

Nous devons vous poser quelques questions médicales pour obtenir les renseignements nécessaires à l'examen de votre demande. Pour ajouter des médecins spécialistes, utilisez la section **Renseignements supplémentaires** à la fin du présent formulaire.

Qui sont vos médecins de famille / médecins spécialistes dans votre pays d'origine?

Prénom _____ Nom _____

Spécialité médicale _____

Adresse _____

Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Date de la dernière visite (AA/MM/JJ) _____ Raison de la visite _____

Affection médicale	Médicaments	Tests médicaux, procédures médicales ou visites de suivi en attente et dates de ceux-ci

Numéro de dossier/demande de règlement

Numéro de certificat/police

Renseignements à propos de votre demande de règlement de frais médicaux

Nom de l'installation de soins de santé ou du médecin traitant _____

Téléphone _____ Courriel _____

Adresse _____

Nombre de visites _____ Date de la dernière visite (AA/MM/JJ) _____ Raison de la visite _____

Si vous êtes tombé malade, que s'est-il passé?

Quand avez-vous pris connaissance de vos symptômes? (AA/MM/JJ) _____

Quand avez-vous cherché à obtenir un traitement? (AA/MM/JJ) _____

Avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'un trouble médical similaire auparavant? Oui Non **Si oui**, quand? (AA/MM/JJ) _____

Comment vous sentiez-vous, quels étaient vos symptômes et quel a été le diagnostic?

Votre affection était-elle liée à une grossesse? Oui Non

Si oui, quand avez-vous appris que vous étiez enceinte? (AA/MM/JJ) _____ Date d'accouchement prévue (AA/MM/JJ) _____

Si vous vous êtes blessé (p. ex. chute accidentelle, accident de voiture) comment est-ce arrivé?

Quand? (AA/MM/JJ) _____ Où? _____

Comment?

Si votre blessure (p. ex. chute accidentelle) est survenue alors que vous vous trouviez sur une propriété privée (particulier, hôtel, etc.) :

Nom du propriétaire ou lieu de l'incident _____ Numéro de téléphone du propriétaire _____

Courriel du propriétaire _____

Avez-vous déposé un rapport auprès du propriétaire (complexe hôtelier, hôtel, commerce de détail, etc.) ou de la ville responsable? Oui Non

Si oui, quand? (AA/MM/JJ) _____ Veuillez joindre une copie du rapport au présent formulaire.

Si une copie du rapport n'est pas disponible, quel est le numéro de rapport? _____

Si votre demande de règlement concerne un accident de véhicule motorisé, veuillez fournir les renseignements suivants :

Avez-vous déposé un rapport? Oui Non **Si oui**, auprès de qui? Police Agence de location Centre de déclaration des collisions

Véhicule dans lequel je prenais place :

Marque/Modèle	Nom de la compagnie d'assurance automobile	Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance automobile	Propriétaire du véhicule	N° de police	N° de demande de règlement (le cas échéant)

Je conduisais

J'étais passager

J'étais piéton

Numéro de dossier/demande de règlement

Numéro de certificat/police

Autres véhicules impliqués :

Veillez remplir cette section si vous n'avez **PAS** de rapport de police ou de rapport du centre de déclaration des collisions à joindre au présent formulaire de demande de règlement.

Marque/Modèle	Nom de la compagnie d'assurance automobile	Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance automobile	Propriétaire du véhicule	N° de police	N° de demande de règlement (le cas échéant)

Avez-vous consulté un conseiller juridique pour votre blessure ou votre accident de la route? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

Nom du conseiller juridique _____ Cabinet d'avocats _____

Courriel _____ Numéro de téléphone _____

Renseignements au sujet des dépenses réclamées

Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser le tableau prévu à cet effet à la fin du présent formulaire.

Dépense (par exemple : services médicaux, médicaments, repas, hébergement)	Date du service (AA/MM/JJ)	Montant facturé	Montant déboursé	Devise

Renseignements au sujet de vos autres assurances

Détenez-vous une couverture supplémentaire souscrite auprès d'un autre assureur? Oui Non

Si oui, nous communiquerons avec eux pour coordonner vos prestations d'assurance en votre nom.

Si vous détenez toute autre police d'assurance, veuillez cocher la boîte appropriée ci-dessous et fournir les renseignements demandés :

Assurance collective : Nom de la compagnie _____ N° de police/certificat _____

Nom du titulaire de la police _____ Date de naissance (AA/MM/JJ) _____

Carte de crédit : Nom de la carte _____

Titulaire principal de la carte _____ 6 premiers chiffres _____ 4 derniers chiffres _____

Date de naissance du titulaire de la carte (AA/MM/JJ) _____

Autre police d'assurance voyage :

Nom de la compagnie _____ N° de police _____

Nom du titulaire de la police _____ Date de naissance (AA/MM/JJ) _____

Avez-vous déjà communiqué avec votre autre assureur au sujet de cette demande de règlement? Oui Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance _____ Quand? (AA/MM/JJ) _____

Avez-vous présenté une demande d'admissibilité au régime public canadien d'assurance maladie? Oui Non

Si oui, veuillez fournir votre numéro de demande : _____

Numéro de dossier/demande de règlement

Numéro de certificat/police

Donnez la permission à Allianz Global Assistance de discuter de votre demande de règlement avec une personne autre que vous

J'autorise Allianz à discuter des détails de ma demande de règlement avec (Prénom et Nom) _____.

Lien avec moi _____ Téléphone _____

Courriel _____

Consentement et autorisation

Cochez chacune des rubriques pour confirmer que vous y consentez, puis tapez votre nom dans le champ de signature du patient ci-dessous.

En signant ci-dessous, je certifie que les renseignements fournis en lien avec cette demande de règlement sont complets, véridiques et exacts. Je comprends que la présentation de renseignements faux, incomplets ou trompeurs lors de la soumission d'une demande de règlement pourra entraîner : (1) l'annulation de la couverture, (2) le paiement de cette demande de règlement pourra être refusé, (3) tout paiement effectué par erreur devra être recouvré ou (4) toute combinaison de (1)-(3) pourra être entreprise par AZGA.

Politique de confidentialité

Je comprends que les renseignements personnels¹ fournis dans le cadre de la présente demande de règlement sont nécessaires à l'assureur, à l'administrateur et aux agents (collectivement, « nous ») afin d'évaluer les droits aux garanties et d'administrer la présente demande de règlement.

J'autorise et je consens à ce que mes renseignements personnels¹ soient communiqués, échangés ou divulgués à toute compagnie d'assurance, tout réassureur, tout service gouvernemental, tout représentant légal et/ou tout tiers, tel que les forces de l'ordre, les services médicaux, les pompiers et les services d'urgence, ainsi qu'à Allianz Global Assistance, son souscripteur, son administrateur de régime d'assurance, son agent ou son représentant dans le but d'évaluer, d'enquêter, d'administrer, de traiter la présente demande de règlement, et/ou de se prévaloir de la subrogation. Je comprends que si je suis un conjoint ou une conjointe, ou une personne à charge au titre de la présente couverture d'assurance, l'assuré désigné aura accès aux informations relatives à la présente demande de règlement dans le cadre de l'administration du présent régime d'assurance. Vous avez le droit d'accéder aux informations vous concernant et qui sont conservées par Allianz, le droit de retirer votre consentement au traitement de ces informations, et le droit de demander à ce que ces informations soient corrigées, si elles s'avèrent inexacts.

Je comprends et j'accepte la politique de confidentialité d'Allianz, disponible à l'adresse URL suivante : https://www.allianz-assistance.ca/fr_CA/privacy-statement.html. Sur cette page Web, je peux trouver plus d'informations sur les pratiques d'Allianz en matière de protection de la vie privée et sur les droits associés aux renseignements personnels¹.

Si vous résidez dans la province de Québec : Je comprends que ces informations peuvent être divulguées à des tiers à l'intérieur et à l'extérieur du Québec dans le but de fournir une assistance dans l'administration de la présente demande de règlement.

Si vous n'acceptez pas que nous utilisions et divulguions vos informations dans le cadre de votre demande et du service de toute police que nous émettons, nous ne serons pas en mesure de vous proposer le produit d'assurance qui vous intéresse, d'assurer le service de votre assurance ou d'évaluer sur votre demande de règlement.

Autorisation concernant le paiement

En ce qui concerne les paiements effectués en mon nom, j'autorise toute prestation versée ou payable par toute autre compagnie d'assurance à l'égard de cette demande de règlement, à être versée en totalité ou en partie à Allianz Global Assistance, ou si cela est dicté par Allianz Global Assistance, à la compagnie d'assurance émettant la police pour laquelle un paiement est effectué.

Si vous souhaitez qu'Allianz Global Assistance verse les prestations auxquelles vous avez droit à une personne autre que vous, veuillez remplir l'autorisation suivante :

J'autorise que le paiement cette demande de règlement soit versé à (en caractères d'imprimerie) :

Prénom _____ Nom _____

Je reconnais et je suis d'accord que le fait d'inscrire mon nom dans le champ réservé à la signature ci-dessous constitue ma signature, mon consentement et mon accord à toutes les modalités et conditions prévues aux présentes et que cela a le même effet obligatoire, que le présent formulaire ait été signé manuellement ou numériquement. L'envoi par courriel à Allianz Global Assistance de ce formulaire de demande de règlement en format de document portable (« PDF ») portant une signature électronique aura le même effet que s'il était livré physiquement.

Signature du patient _____ Date (AA/MM/JJ) _____

Nom en caractères d'imprimerie _____

Signature du mandataire légal désigné* _____

Nom du mandataire légal désigné en caractères d'imprimerie* _____

* **Pour les personnes mineures** : Si le patient est mineur, son tuteur légal doit signer en son nom.

* **Pour les représentants légaux** : Si un représentant légal signe ce formulaire (mandataire, exécuteur testamentaire/exécuteur, etc.), le régime provincial d'assurance maladie exige une preuve du statut de « représentant légal ».

¹ **IMPORTANT** : Les renseignements personnels excluent les résultats des tests génétiques. Un test génétique se définit comme une analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes, à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic.

Une photocopie de cette autorisation sera considérée aussi valide que l'original pour la durée de la présente demande de règlement, sans dépasser une période de deux (2) ans à compter de la date de signature.

Numéro de dossier/demande de règlement

Numéro de certificat/police

Renseignements au sujet des dépenses réclamées

Dépense (par exemple : services médicaux, médicaments, repas, hébergement)	Date du service (AA/MM/JJ)	Montant facturé	Montant déboursé	Devise

Renseignements supplémentaires