

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 : _____

MANDAT

Je Soussigné _____, mandate spécifiquement la Compagnie d'assurance voyage RBC situé(e) au C.P. 97, Succursale A, Mississauga, Ontario L5A 2Y9 aux fins de:
 (En lettres moulées)

1. Soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément aux lois et aux règlements appliqués par la Régie, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et que mon conjoint et mes enfants ont reçus

(assurance familiale) à _____ (endroit)

lors de mon séjour du _____ au _____,

ASSURANCE FAMILIALE : Pour les fins de l'assurance familiale, ce mandat se limite, outre moi-même, à mon conjoint et mes enfants seulement, ici identifiés :

1. Conjoint : _____ NAM : _____ ;
 2. Enfants : _____ NAM : _____ ;
 _____ NAM : _____ ;

2. Fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou autres pièces requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces réclamations.

3. Recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).

J'AUTORISE la Régie à accepter les réclamations ainsi soumises et à donner suite à ce mandat, tel qu'il est rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de la personne assurée ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

 Signature de la personne assurée

 Numéro d'assurance maladie

 Numéro de police ou de réclamation
 (Ce numéro correspond au numéro qui doit apparaître sur l'État des paiements et des remboursements)

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 cotitulaire? 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 : _____

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'exams. 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)