

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 : _____

RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAL (R.A.M.P.): AUTORISATION ET MANDAT

Régime d'assurance maladie provincial n° _____ Code version : (Ontario seulement) _____

Conformément aux conditions du présent contrat et aux dispositions des lois provinciales sur l'assurance maladie régissant la liberté d'information et la protection de la vie privée et compte tenu des sommes que la Compagnie d'assurance RBC du Canada pourrait m'avancer par suite de l'émission du présent contrat :

1. j'enjoins le R.A.M.P. de payer directement la Compagnie d'assurance RBC du Canada, et l'autorise à le faire, pour les services médicaux encourus à l'étranger à l'égard de ma demande d'indemnité et décharge par la présente le R.A.M.P., lors du paiement à la Compagnie d'assurance RBC du Canada le toute autre action en réclamation ou motif d'action en rapport avec la demande de règlement en question ;
2. J'autorise le R.A.M.P. à recueillir directement ou indirectement les renseignements figurant dans la demande d'indemnité 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 l'acte d'assurance de la santé, en Ontario seulement); et;
3. Je consens à la divulgation par le R.A.M.P. à la Compagnie d'assurance RBC du Canada les renseignements personnels qui pourraient être nécessaires au règlement de ma réclamation pour les services médicaux encourus à l'étranger, incluant les détails de tout paiement double préalablement fait directement à moi ou en mon nom.

Signature de la personne qui réclame : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ 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'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 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 : _____