

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT  
ET D'AUTORISATION – FRAIS ENGAGÉS À  
L'ÉTRANGER / À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE**

Numéro de demande de règlement (si connu)

Veuillez remplir au complet toutes les sections du présent formulaire et l'envoyer, avec les reçus originaux, à l'adresse suivante :

**Service des règlements, Assistance aux Assurés Inc.**  
**CP 97 Succursale A Mississauga ON L5A 2Y9**

**Tél. : 1 866 530-6025 ou 905 816-1990**  
**Télééc. : 905 813-4701**

Veuillez remplir au complet toutes les sections. Prenez soin d'écrire en caractères d'imprimerie.

**SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT** Veuillez soumettre un formulaire  
**DISTINCT pour chaque patient**

**1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ** Numéro de police/régime : \_\_\_\_\_ Numéro de division : \_\_\_\_\_

Numéro d'employé : \_\_\_\_\_ Nom du titulaire de la police / de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Nom de famille de l'employé : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

**2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Nom de famille du patient : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance du patient : Jour ( ) Mois ( ) Année ( ) Lien avec l'employé : \_\_\_\_\_

Numéro au titre du régime d'assurance-maladie provincial : \_\_\_\_\_ Code de version : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Si la demande est présentée pour un enfant de 22 ans ou plus, indiquez s'il est :  Handicapé  Étudiant

S'il est étudiant, indiquez le nom de l'établissement d'enseignement ou de l'université : \_\_\_\_\_

**3. RENSEIGNEMENTS SUR L'INCIDENT**

Jour ( ) Mois ( ) Année ( ) / Jour ( ) Mois ( ) Année ( ) / Jour ( ) Mois ( ) Année ( )  
Date de départ : Date de retour : Date de l'incident :

Lieu où l'incident est survenu : (ville, pays) \_\_\_\_\_ Montant total de la demande de règlement et devise : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Nom de votre ou vos médecins au Canada : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Télééc. : \_\_\_\_\_

**SECTION B : AUTORISATION VISANT LES MÉDECINS, LES HÔPITAUX ET LES AUTRES FOURNISSEURS DE  
SOINS MÉDICAUX ET AUTORISATION ET DIRECTIVES PARTICULIÈRES**

1. Je vous autorise à fournir à Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, tous les renseignements que vous avez à mon sujet et qui ont été recueillis lorsque j'ai été en observation dans votre établissement ou que j'y ai reçu des soins, y compris mes antécédents médicaux, le diagnostic et les résultats de tests. Par la présente, j'autorise également Assistance aux Assurés Inc. à divulguer de tels renseignements à d'autres organismes qui en auraient besoin pour évaluer les demandes de prestations que je leur ai soumises.
2. Par la présente, je cède à Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, toute prestation versée par d'autres sources à l'égard des pertes couvertes aux termes de la police collective ou du régime collectif. Je demande également à ces sources d'acheminer les paiements à Assistance aux Assurés Inc. au titre de toutes les demandes de règlement présentées par Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, relativement à ces pertes.
3. Une photocopie ou une copie télécopiée de la présente autorisation est acceptée.

Date : Jour ( ) Mois ( ) Année ( ) Signature du demandeur ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_

**SECTION C : AUTORISATION ET DEMANDE LIBÉRATOIRE VISANT LE RÉGIME  
D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAL (à remplir si vous ne résidez pas au Québec)**

J'autorise Assistance aux Assurés Inc. et ses signataires autorisés, agissant pour le compte de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, à devenir mes mandataires et à recevoir en mon nom, ainsi qu'à endosser et à négocier, des chèques émis par mon régime d'assurance-maladie provincial en remboursement de demandes de règlement payées en mon nom par Assistance aux Assurés Inc. à l'égard de soins médicaux ou hospitaliers reçus lors d'un séjour à l'extérieur de ma province de résidence. Je demande que mon régime d'assurance-maladie provincial achemine tout paiement à Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom.

Date : Jour ( ) Mois ( ) Année ( ) Signature du demandeur ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Date : Jour ( ) Mois ( ) Année ( ) Signature du témoin : \_\_\_\_\_

**SECTION D : PROCURATION (à remplir si vous résidez au Québec)**

Je soussigné(e), (nom en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ autorise Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Canada Vie, compagnie d'assurance vie :

1) à soumettre à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (« la Régie »), conformément aux lois et règlements appliqués par celle-ci, les demandes de règlement pour des soins médicaux et hospitaliers que mon conjoint, mes enfants ou moi-même avons reçus (assurance familiale) lors de notre séjour à (pays / état / province / ville) \_\_\_\_\_ entre le (Date) : \_\_\_\_\_ et le (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 \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie \_\_\_\_\_

2. Enfants \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie \_\_\_\_\_

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

3) à recevoir de la Régie tous les remboursements auxquels moi-même, mon conjoint ou mes enfants avons droit (assurance familiale).

J'autorise la Régie à accepter les demandes de règlement soumises, à agir conformément à la présente procuration et à communiquer à la compagnie, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de bénéficiaire ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

Signature du bénéficiaire : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

**SECTION E : AUTRE PROTECTION D'ASSURANCE**

Veuillez indiquer si vous bénéficiez d'une autre protection d'assurance : (cochez tous les choix qui s'appliquent)

Régime de l'employeur ou régime de retraite du conjoint

Nom de famille du conjoint : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Numéro de police/du régime : \_\_\_\_\_ Numéro de division : \_\_\_\_\_

Numéro de certificat : \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur/de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Carte(s) de crédit

1. Société émettrice de la carte : \_\_\_\_\_ Numéro de carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

2. Société émettrice de la carte : \_\_\_\_\_ Numéro de carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Assurance habitation/automobile

Numéro de police/du régime : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Assurance voyage

Numéro de police/du régime : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Autre – veuillez préciser le type : \_\_\_\_\_

Numéro de police/du régime : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Je n'ai aucune autre protection à l'égard de soins médicaux reçus à l'extérieur du pays ou de la province.

Date : Jour ( ) Mois ( ) Année ( ) Signature du demandeur ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_