

# ASSURANCE GLOBALE DES SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX POUR EXPATRIÉS – FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Service des demandes de règlements de TIC  
1200 – 438 University Avenue  
Toronto, ON, Canada M5G 2K8  
Appels à frais virés de partout dans le monde : 416 340-8809  
Appels sans frais du Canada et des États-Unis : 1 800 869-6747

## INSTRUCTIONS

### IMPORTANT

- En cas de maladie ou de blessure, vous devez communiquer avec Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée (TIC) avant toute consultation médicale, avant toute chirurgie ou dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital.
- Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 30 jours suivant l'événement.
- Vous devez soumettre une preuve écrite de la demande de règlement dans les 60 jours suivant l'événement.
- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire ou pour l'émission de quelque document à l'appui sont à votre charge.

### EXIGENCES

- Le formulaire dûment rempli, signé et accompagné de tous les reçus et factures originaux. Les photocopies ne sont pas acceptées.
- Le certificat médical relatif à l'Assurance globale des soins hospitaliers et médicaux pour expatriés, rempli par le médecin traitant.
- Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par un parent ou le tuteur légal dans le cas de personnes mineures.
- Toutes les factures doivent être détaillées et indiquer les dates et les coûts de tous les traitements reçus.
- Veuillez vous reporter aux procédures décrites dans le livret de la police ou communiquer avec votre agent pour obtenir les détails relatifs aux exigences de votre demande de règlement.

## SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 Homme  Femme \_\_\_\_\_ Date de naissance : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_  
N° de police : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Destination : \_\_\_\_\_  
Date du départ : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_ Date du retour : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_

## SECTION B : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Dans le cas d'une **blessure**, où, quand et comment est-ce arrivé?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Veillez fournir les renseignements suivants si votre demande de règlement est liée à un accident de la route.**

Nom de la compagnie d'assurance automobile : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Numéro de police auprès de la compagnie d'assurance automobile : \_\_\_\_\_  
Si votre demande de règlement est liée à une **maladie**, quand en avez-vous remarqué des symptômes pour la première fois? JJ/MM/AAAA  
Date du premier traitement : JJ/MM/AAAA  
Quel est le diagnostic? \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà reçu un traitement pour cet état de santé ou un état de santé similaire?  Oui  Non Si oui, quand? JJ/MM/AAAA  
Veillez donner le nom et le numéro de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Veillez donner les noms de tous les médicaments que vous preniez avant de consulter le médecin : \_\_\_\_\_

Êtes-vous atteint d'une maladie ou d'une affection chronique?  Oui  Non  
Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle le diagnostic a été posé et décrire l'état de santé et indiquer le diagnostic : \_\_\_\_\_  
Date à laquelle le diagnostic a été posé : JJ/MM/AAAA Description : \_\_\_\_\_

Veillez donner le nom de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

L'état de santé était-il lié à la grossesse?  Oui  Non Si oui, veuillez donner les détails : \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez indiquer la date des dernières menstruations : JJ/MM/AAAA Date prévue de l'accouchement : JJ/MM/AAAA

L'état de santé était-il lié à la consommation d'alcool, à un mauvais usage de médicaments ou à une blessure auto infligée?  Oui  Non  
Si oui, veuillez donner les détails : \_\_\_\_\_

## SECTION C : REMBOURSEMENT DES FRAIS DEMANDÉ

Les sommes que vous avez déboursées vous-même vous seront remboursées si la demande est admissible. Sinon, les montants seront versés directement au fournisseur de services. Vous demeurez responsable de tous les frais non prévus par votre assurance.

Nom des prestataires de service (par exemple, médecins, hôpitaux, cliniques)	Date de la prestation de service	Montant facturé (JJ/MM/AAAA)	Montant payé
1.	JJ / MM / AAAA		
2.	JJ / MM / AAAA		
3.	JJ / MM / AAAA		
4.	JJ / MM / AAAA		
5.	JJ / MM / AAAA		

## SECTION D : AUTRE PROTECTION D'ASSURANCE – y compris en vertu d'un régime public canadien d'assurance-maladie

(Si l'assuré est mineur, cette section s'applique à un parent ou au tuteur légal)

Possédez-vous une autre assurance voyage ou une protection pour les frais médicaux en cas de voyage à l'étranger par l'entremise du régime de votre employeur, de celui de votre conjoint ou d'un régime de retraite?  Oui  Non Si oui, veuillez donner les détails :

Régime	Nom et adresse de la compagnie d'assurance	N° du contrat collectif	N° de membre	Téléphone
Votre employeur				( )
L'employeur de votre conjoint				( )
Régime de retraite				( )

Nom de votre conjoint : \_\_\_\_\_ Date de naissance de votre conjoint : JJ / MM / AAAA

Bénéficiez-vous d'avantages d'assurance par l'entremise de votre assurance des propriétaires-occupants, de votre assurance automobile, d'un régime d'assurance-maladie public canadien ou de quelque autre source?  Oui  Non Si oui, veuillez donner les détails :

Régime	Nom et adresse de la compagnie d'assurance	N° de police	Téléphone
Assurance des propriétaires-occupants			( )
Assurance automobile			( )
Régime d'assurance-maladie public canadien			( )
Autres			( )

Bénéficiez-vous d'une assurance pour voyages à l'extérieur de votre province liée à une carte de crédit?  Oui  Non

Nom et adresse de la banque émettrice de la carte de crédit \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Six premiers chiffres du numéro de la carte de crédit : \_\_\_\_\_ Date d'échéance : MM / AA

Nom du détenteur de la carte (en lettres moulées s.v.p.) : \_\_\_\_\_

Signature du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_  
(si différent de l'assuré)

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date : JJ / MM / AAAA

## SECTION E : AUTORISATION ET ATTESTATION

TIC s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés et divulgués. Vos renseignements personnels ne seront utilisés que dans le but de vous dispenser les services d'assurance demandés. Pour obtenir un exemplaire de la politique de TIC en matière de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec nous.

J'autorise tout médecin, tout hôpital ou toute clinique qui offre des services médicaux ou de soins de santé, ainsi que tout assureur à divulguer et à échanger avec TIC ou ses représentants tout renseignement nécessaire au traitement de la présente demande de règlement. Je cède à TIC toute indemnité payable de quelque autre source pour les pertes encourues en vertu de la présente police et j'autorise et enjoins de tels payeurs à faire parvenir les montants d'indemnité directement à TIC. J'autorise aussi toute tierce partie qui m'aide dans le processus de la présente demande de règlement à accéder à tout renseignement pertinent à quelque demande de règlement aux fins d'évaluation de ma demande de règlement auprès de TIC. Je confirme que je suis autorisé à agir pour et au nom de mes personnes à charge à ces fins. Une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. J'atteste que les renseignements donnés à l'égard de la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

Nom au complet de la personne assurée ou du patient (en lettres moulées s.v.p.) : \_\_\_\_\_ Date : JJ / MM / AAAA

J'autorise le paiement de cette demande de règlement à (nom en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature de la personne assurée (si mineure, signature d'un parent ou du tuteur légal) : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de l'autre police d'assurance citée à la Section D (le cas échéant) : \_\_\_\_\_