

ASSURANCE VOYAGE - RÉSIDENTS DU QUÉBEC

DEMANDE DE RÈGLEMENT DES SOINS ET SERVICES HOSPITALIERS ET MÉDICAUX

T. 1 800 465-5818

F. 1 877 627-9313

ia.ca

POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. Veuillez compléter et présenter votre demande de règlement dans les 12 mois qui suivent la date de l'événement donnant lieu à la demande de règlement.
2. Veuillez joindre tous les documents ORIGINAUX* requis (factures, frais des médicaments d'ordonnance, rapports médicaux, etc.) à votre demande. Veuillez conserver des copies puisque les documents ne seront pas retournés.
3. Assurez-vous de signer la section 6, Autorisation médicale, afin de faciliter le traitement de la demande.
4. Veuillez noter que toute dépense soumise et admissible vous sera remboursée en dollars canadiens.
5. Veuillez signer la section 8, Procuracy, pour nous autoriser à effectuer les démarches en votre nom.
6. Veuillez remplir le formulaire de la RAMQ ci-joint afin de faire la demande de remboursement auprès de la province de Québec.

*Veuillez noter que nous n'acceptons pas les photocopies des factures et documents.

1 INFORMATION DE BASE

Nom	Prénom	N° de contrat	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Courriel		Téléphone	

2 INFORMATION D'EMPLOI (si applicable)

Assuré principal	Nom de votre employeur actuel (ou de votre ancien employeur)
Conjoint	Nom de votre employeur actuel (ou de votre ancien employeur)

3 INFORMATION D'AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE

Détenez-vous présentement (personnellement ou avec votre conjoint) une autre protection d'assurance voyage?

Oui Non Si OUI, veuillez préciser ci-dessous; si NON, veuillez laisser ce champ vide.

	Personnellement	Votre conjoint
Nom de l'assureur		
N° de la police		

Si le régime appartient au conjoint, veuillez donner son nom

Date de naissance

A	M	J
---	---	---

Plusieurs établissements financiers offrent des cartes de crédit, notamment, des cartes de crédit Or ou Platine, qui incluent une protection d'assurance voyage. Détenez-vous présentement (personnellement ou avec votre conjoint) une carte de crédit?

Oui Non Si OUI, veuillez préciser ci-dessous; si NON, veuillez laisser ce champ vide.

	Personnellement	Votre conjoint
Détenteur d'une carte de crédit		
N° de la carte de crédit		
Type de la carte de crédit		
Est-ce que cette assurance couvre les frais médicaux à l'extérieur de votre province de résidence?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4 DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION

Indiquer la raison de votre réclamation : Maladie Accident

Décrivez-nous en brièvement la nature :

Maladie	Diagnostic	Date de diagnostic

Accident	Comment	Quand

5 LISTE DES DÉPENSES SOUMISES

Dépenses admissibles (médicaments, visite chez le médecin, hospitalisation, repas, etc.)	Date des dépenses encourues	Montant	Reçus originaux/documents fournis

Votre patient est responsable des frais engagés pour faire remplir le formulaire.

6 AUTORISATION MÉDICALE

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Je consens à donner les renseignements personnels fournis dans le cadre de la réclamation à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») ainsi qu'à ses filiales.

Je reconnais que cette autorisation et ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer la présente réclamation et la couverture de la police d'assurance.

J'autorise tout autre assureur, réassureur, établissement financier, médecin, établissement médical, fournisseur de soins de santé, employeur, administrateur d'assurance collective, représentant ou courtier, toute agence d'investigation et d'évaluation du crédit et toute personne, tout organisme et toute entreprise susceptibles d'avoir des renseignements personnels pertinents à cette réclamation à les transmettre à la Société.

J'autorise la Société à échanger les renseignements fournis dans le cadre de la réclamation et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers en lien avec cette réclamation ou cette police d'assurance avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent aux fins désignées ci-dessus ou à toute autre fin autorisée par moi-même ou comme exigé par la loi.

Je confirme qu'une photocopie ou qu'une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature

Date

A

M

J

7 DÉCLARATION DU MÉDECIN (À remplir par votre médecin de famille seulement si spécifiquement exigé.)**A. INFORMATION DU (DE LA) PATIENT(E)****1.** Nom de votre patient(e)

DOSSIER NUMÉRO :

2. Date de naissance

A

M

J

3. Diagnostic de la maladie contractée, de l'affection ou de la blessure subie durant le séjour à l'extérieur de la province :**B. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ AVANT LE DÉPART POUR LE VOYAGE****4.** Pour le diagnostic mentionné au point 3 ci-dessus, cette personne a-t-elle déjà, entre le

A

M

J

et

A

M

J

a) reçu des traitements médicaux?

Oui

Non

Si oui, précisez :

b) fait usage de médicaments?

Oui

Non

Si oui, précisez :

c) consulté un médecin?

Oui

Non

Si oui, précisez :

d) été hospitalisée?

Oui

Non

Si oui, précisez :

e) subi une chirurgie?

Oui

Non

Si oui, précisez :

f) été avisée de le faire?

Oui

Non

Si oui, précisez :

5. L'état de cette personne était-il stable? (« stable » signifie qu'il n'y a aucune hospitalisation ni aucun changement de traitement ou de posologie; dans le cas du diabète, la notion de stabilité de posologie ne s'applique pas.)

Oui

Non

Si oui, depuis quand :

A

M

J

C. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL**6.** a) Avant son départ, cette personne prenait-elle des médicaments qui lui avaient été prescrits pour des maladies ou des blessures différentes de celle qui est indiquée à la question 3?

Oui

Non

Si oui, précisez le nom des médicaments et pour quelle(s) maladie(s) ou blessure(s) :

b) Ces maladies ou blessures sont-elles stables?

Oui

Non

Si oui, depuis quand :

7. a) Cette personne souffre-t-elle d'une maladie ou a-t-elle une blessure ne nécessitant aucune médication?

Oui

Non

Si oui, précisez :

b) Son état est-il stable?

Oui

Non

Si oui, depuis quand :

8. Nom et adresse des autres médecins consultés s'il y a lieu :**D. RENSEIGNEMENTS - RETOUR DE VOYAGE**

Date de la première visite

Raison

A

M

J

Y a-t-il eu hospitalisation?

Oui

Non

Y a-t-il eu chirurgie?

Oui

Non

E. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom

Prénom

Téléphone

Adresse

Ville

Province

Code postal

Signature du médecin

Date

Spécialité

Merci de votre collaboration.

Veillez signer la procuration et remplir le formulaire de la RAMQ afin de permettre à l'Assureur de soumettre au nom de la personne assurée toute demande de prestations payable par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

N.B. La Régie de l'assurance maladie du Québec ne retourne pas les originaux des états de comptes, factures ou reçus. Conservez-en donc toujours une copie.

Expédié à : Service d'assistance voyage
1100 boul. René-Lévesque Ouest, Suite 1500
Montréal, Québec
H3B 4N4

8 PROCURATION

Je, soussigné(e), _____, lettres moulées mandate spécifiquement le Service d'assistance voyage agissant au nom de iA Groupe financier au 1100 boul. René-Lévesque Ouest, suite 1500, Montréal, Québec, H3B 4N4, aux fins de :

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 _____

lors de mon séjour du

A	M	J
---	---	---

endroit au

A	M	J
---	---	---

Assurance familiale à : Pour les fins de l'assurance familiale, cette procuration se limite, outre moi-même, à mon conjoint et à mes enfants seulement, ici identifiés :

1. Conjoint : _____ N.A.M. : _____

2. Enfant : _____ N.A.M. : _____

3. Enfant : _____ N.A.M. : _____

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 qui sont effectués à mon nom ou à celui de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).

J'autorise la Régie à accepter les réclamations ainsi soumises et à donner suite à la présente procuration, tel que rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de personne assurée ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

Numéro d'assurance maladie

Numéro de contrat

Signature de la personne assurée