



TD Assurance

Instructions pour remplir la demande d'indemnisation au titre de l'assurance soins médicaux tout-en-un

Les instructions pour remplir la demande d'indemnisation au titre de l'assurance soins médicaux tout-en-un comptent cinq sections :

- Section 1 : Renseignements au sujet de l'assuré
- Section 2 : Renseignements sur le voyage
- Section 3 : Renseignements médicaux au sujet de l'assuré
- Section 4 : Autres protections
- Section 5 : Autorisation et déclaration

Note :

- Veuillez inscrire tous les renseignements à l'aide d'un stylo.
- Paraphez toutes les corrections ou modifications, y compris toute correction apportée au moyen de liquide correcteur.
- Il est obligatoire de remplir les cinq sections, et toute omission risque de retarder le traitement de votre demande d'indemnisation.
- Nous avons inclus des cases ci-dessous pour vous aider à remplir la trousse de demande d'indemnisation.
- Si vous avez des questions, veuillez joindre notre administrateur au 1-800-293-4941.

Instructions pour le demandeur

Cocher une fois
la tâche accomplie

- Remplissez et signez le formulaire de demande d'indemnisation ci-joint. Remarque : Votre demande d'indemnisation doit être produite dans un délai de un an après l'incident.
- Fournissez les documents suivants, s'il y a lieu, et cochez la case correspondant à chaque document inclus :
 - preuve de parenté si le nom diffère du vôtre (c.-à-d. certificat de mariage, statut de conjoint de fait et, pour les enfants, certificat de naissance indiquant le nom des parents);
 - tous les honoraires de frais médicaux et factures de médicaments d'ordonnance;
 - une photocopie de la carte d'assurance maladie provinciale de la personne malade ou blessée;
 - des documents confirmant vos dates de départ et de retour (c.-à-d. billets d'avion, factures d'essence, etc.);
 - advenant que vous ayez payé des dépenses admissibles, fournissez une preuve de paiement (c.-à-d. justificatifs de carte de crédit, chèques annulés, etc.).
- Conservez une copie de la trousse de demande d'indemnisation remplie pour vos dossiers.
- Retournez les formulaires originaux à l'adresse suivante : Allianz Global Assistance
B.P. 277
Waterloo (ON)
N2J 4A4
Télec. : 519-742-9471



Section 1 : Renseignements au sujet de l'assuré

Nom de l'assuré : _____ N° de dossier : _____
(Nom de famille) (Prénom, initiale)

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Numéro de téléphone : (____)____-____ Date de naissance : _____ Homme Femme
(Jour, mois, année)

N° de carte d'assurance maladie provinciale de l'assuré : _____ Code de la version (pour certains résidents de l'Ontario) _____

Avez-vous payé le traitement? Non Oui Dans l'affirmative, indemnité totale demandée : _____\$

Dans l'affirmative, précisez le nom du fournisseur de services, le montant payé et la devise de paiement. Si vous avez effectué d'autres dépenses, veuillez joindre une autre page.

Payé en partie ou Entièrement payé (remettez une preuve de paiement)

Nom du fournisseur de services : _____ Montant payé : _____\$

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Payé en partie ou Entièrement payé (remettez une preuve de paiement)

Nom du fournisseur de services : _____ Montant payé : _____\$

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Payé en partie ou Entièrement payé (remettez une preuve de paiement)

Nom du fournisseur de services : _____ Montant payé : _____\$

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Pour les demandes d'indemnisation au titre de la carte Visa TD Classe ultime Voyages, veuillez répondre aux questions suivantes :

Détenteur du certificat ou du titulaire de carte (si cette personne diffère de l'assuré)

Nom du détenteur de certificat ou du titulaire de carte : _____ Date de naissance : _____
(Nom de famille) (Prénom, initiale) (Jour, mois, année)

N° du certificat : _____ Lien de parenté avec le détenteur du certificat ou du titulaire de carte : _____

Section 2 : Renseignements sur le voyage

Date de départ : _____ Date prévue ou planifiée du retour : _____ Date réelle du retour : _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Nature du voyage : Affaires Vacances Études Soins médicaux Autre : _____

Destination : _____

Mode de transport : Voiture Avion Autre : _____

Le cas échéant, a-t-on acheté une prolongation des protections? Non Oui (précisez) _____

Section 3 : Renseignements médicaux au sujet de l'assuré

Décrivez brièvement le motif de la consultation médicale, y compris le diagnostic.

Ces services médicaux ont-ils été nécessaires en raison d'un accident? Oui Non

Dans l'affirmative, fournissez des détails et joignez un rapport d'accident à ce formulaire.

Nom de l'hôpital : _____ Date de l'accident : _____
(Jour, mois, année)

Adresse de l'hôpital : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

L'assuré a-t-il déjà eu ces symptômes ou ce problème de santé? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez la date à laquelle il a été examiné ou traité pour la dernière fois
(y compris pour la prise de médicaments) : _____
(Jour, mois, année)

Indiquez tous les médicaments prescrits et pris avant la date de départ :

Quand la prescription des médicaments a-t-elle été modifiée pour la dernière fois avant le départ
(indiquez le type de médicament et la posologie) : _____
(Jour, mois, année)

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin de famille de l'assuré :

Nom, adresse et numéro de téléphone du ou des spécialistes de la santé consultés :

Date de la dernière consultation médicale (au Canada) avant le voyage? _____
(Jour, mois, année)

Pays où le problème de santé est survenu : _____

Section 4 : Autres protections

Veillez indiquer toutes les protections vous donnant droit à des indemnités versées par un autre assureur au titre de régimes d'avantages sociaux collectifs d'un employeur ou d'un syndicat ou encore de régimes de retraite ou d'autres polices d'assurance voyage. Joignez au besoin une autre page.

1) Nom de l'assureur : _____ N° de téléphone : _____

Adresse _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Plafond cumulatif au titre de cette police? Non Oui (précisez) _____ \$

N° de police ou de certificat _____ N° de police ou de certificat _____

Nom du titulaire de police : _____

2) Nom de l'assureur : _____ N° de téléphone : _____

Adresse _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Plafond cumulatif au titre de cette police? Non Oui (précisez) _____ \$

N° de police ou de certificat _____ N° de police ou de certificat _____

Nom du titulaire de police : _____

Ces factures ont-elles été remises à une autre compagnie d'assurance? Non Oui (précisez)

Section 5 : Autorisation et déclaration

Directive spéciale pour les régimes d'assurance-maladie du gouvernement et les autres couvertures d'assurance

▪ Je donne la directive à mon régime d'assurance-maladie provincial (« RAMP ») et autorise ce dernier, y compris OHIP, à effectuer un paiement à l'égard de ma réclamation pour des services de santé à l'étranger directement à TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie ») ou à son administrateur Allianz Global Assistance (« Allianz ») faisant affaire sous la dénomination Allianz et moyennant le paiement à Allianz, je dégage par les présentes le RAMP de toute réclamation ou cause d'action future en lien avec les présentes.

▪ Par les présentes je consens à la collecte, directe et indirecte, et à l'utilisation par le RAMP, y compris OHIP, de renseignements personnels, notamment des renseignements personnels sur la santé relatifs au paiement de ma réclamation pour des services à l'étranger et autorise le RAMP, et OHIP, à collecter et à utiliser de tels renseignements.

▪ Je consens à la communication à Allianz, par le RAMP, y compris OHIP, de tels renseignements personnels, notamment des renseignements personnels sur la santé relatifs au traitement et au paiement de ma réclamation pour des services de santé à l'étranger, notamment le détail de tout paiement en double qui m'a déjà été fait. Je reconnais que je peux refuser de donner mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de tels renseignements, toutefois, un tel refus pourrait faire en sorte que l'assureur, TD Assurance-vie, ne dispose pas de suffisamment de renseignements pour traiter ma réclamation.

▪ En contrepartie du paiement effectué pour mon compte, j'autorise toute prestation payée ou payable par une autre société d'assurance à l'égard de la présente réclamation à être cédée en tout ou en partie à TD Assurance-vie et payée à Allianz, ou à TD Assurance-vie, selon la directive de Allianz.

Autorisation et déclaration

▪ Je déclare que toutes les déclarations faites sur le présent formulaire de réclamation sont exactes, véridiques et complètes. Je reconnais qu'une déclaration fautive, trompeuse ou incomplète pourrait entraîner le rejet de la réclamation ainsi que l'annulation de la couverture d'assurance par l'assureur.

▪ J'autorise tout médecin, hôpital ou autre dispensaire de soins médicaux m'ayant prodigué des soins ou examiné à communiquer tout renseignement relatif à mes antécédents médicaux, symptômes, traitements, examens et diagnostics à TD Vie et à son administrateur Allianz Global Assistance (« Allianz ») ou à ses représentants et à échanger de tels renseignements avec ces derniers.

▪ J'autorise tout autre société d'assurance à communiquer des renseignements concernant les prestations et paiements médicaux relatifs à la présente réclamation à TD Vie et à son administrateur Allianz ou à ses représentants et à échanger de tels renseignements avec ces derniers.

- Les renseignements fournis relativement à la présente réclamation seront utilisés par TD Vie et son administrateur Allianz ou leurs représentants pour mener une enquête à l'égard de toute perte, évaluer tout droit à des prestations et administrer la présente réclamation ou de toute autre manière indiquée aux conditions de confidentialité fournies avec le Certificat d'assurance. Nous examinerons et administrerons la présente réclamation en consultant les dossiers de l'assureur et en échangeant des renseignements avec le soussigné et des tiers, de la manière décrite dans la présente autorisation.
- J'autorise par les présentes tout médecin, hôpital, clinique, personne physique, organisme d'exécution de la loi ou gouvernemental, compagnie d'assurance, organisme d'indemnisation des accidentés du travail, employeur actuel ou ancien ou toute autre entité ayant des fiches personnelles et dossiers médicaux, informations ou renseignements portant sur l'assuré à communiquer en détails l'ensemble des fiches personnelles, dossiers médicaux et renseignements disponibles (y compris en fournir des copies), notamment les antécédents médicaux, les rapports de toxicologie et de pathologie qu'ils pourraient avoir en leur possession en lien avec la présente réclamation à l'assureur mentionné ci-dessus, son réassureur ou leurs représentants respectifs et à échanger de tels renseignements avec ces derniers. Ces renseignements seront utilisés dans le cadre de l'évaluation d'une réclamation d'assurance.
- J'autorise Allianz (y compris ses représentants et les membres de son groupe) à communiquer à TD Vie tout renseignement relatif à la présente réclamation qu'elle peut avoir en sa possession, notamment des renseignements pouvant être obtenus de tiers. Je conviens que toute autorisation fournie à Allianz dans le but d'obtenir auprès de tiers des renseignements concernant la présente réclamation constitue également une autorisation permettant à TD Vie d'obtenir des copies de ces renseignements.
- J'autorise également l'assureur, son réassureur et leurs mandataires respectifs à échanger et/ou à transmettre des renseignements concernant la présente réclamation aux organisations énumérées ci-dessus de la manière nécessaire à l'évaluation de la présente réclamation. Le présent consentement sera valide pour la durée de cette réclamation.
- Je conviens que si je suis une personne à charge aux termes de la présente couverture d'assurance, l'assuré désigné aura accès à des renseignements relatifs à la présente réclamation dans le cadre de l'administration de ce régime.
- Je conviens qu'une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation fera foi de l'original et que la présente autorisation sera considérée valide pour la durée de la présente réclamation, sans toutefois excéder deux ans à compter de la date de sa signature. Je reconnais que les renseignements me concernant pourraient être révisés advenant un audit de ce régime.

Nom de l'assuré : _____ N° de dossier : _____
(Nom de famille) (Prénom, initiale)

Adresse de l'assuré : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Signature de l'assuré : _____ Date : _____
(Jour, mois, année)

Si je ne suis pas l'assuré :

- Je fournis l'autorisation de collecter des renseignements personnels concernant l'assuré relativement à la présente réclamation. Je soussigné certifie par les présentes avoir l'autorisation nécessaire de l'assuré afin d'autoriser la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels le concernant de la manière autorisée ci-dessus et que l'assureur et ses mandataires et réassureurs sont en droit de se fier à mon autorisation.

Nom du représentant autorisé : _____ N° de dossier : _____
(Nom de famille) (Prénom, initiale)

Adresse du représentant autorisé : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Signature du représentant autorisé : _____ Date : _____
(Jour, mois, année)