

En caractères d'imprimerie SVP.
Chaque section doit être remplie intégralement.

N° de police : _____ N° de réclamation : _____

SECTION A. INFORMATION SUR L'ASSURÉ

Nom	Courriel
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° d'assurance maladie
N° de téléphone primaire	N° de téléphone secondaire
Date de départ réelle (jj/mm/aaaa)	Date de retour réelle (jj/mm/aaaa)
Destination	Mode de voyage vers la destination <input type="checkbox"/> Véhicule <input type="checkbox"/> Avion

SECTION B. RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION

Cette réclamation est-elle le résultat d'un accident? Oui Non Si Oui, remplissez le **Rapport d'accident/de blessure.**

Décrivez brièvement et clairement la situation ayant mené au besoin d'obtenir des soins médicaux.		
Date des premiers symptômes (jj/mm/aaaa)	Date du premier traitement (jj/mm/aaaa)	Pays où la réclamation a eu lieu (si autre que la destination)
Avez-vous déjà éprouvé cette maladie ou un problème semblable auparavant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si Oui, inscrivez les détails de votre dernier traitement (précisez les dates et tout médicament pris pour cette affection).		
Avez-vous d'autres réclamations auprès de Medipac cette saison? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

SECTION C. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone de votre médecin de famille		Date de la dernière consultation de votre médecin de famille
Nom du spécialiste	Téléphone	Spécialité
Nom du spécialiste	Téléphone	Spécialité
Inscrivez tout médicament pris ou prescrit avant votre date de départ (utilisez une feuille séparée si nécessaire).		
MÉDICAMENT	DOSE	DATE DU DERNIER CHANGEMENT DE DOSE

En caractères d'imprimerie SVP.
Chaque section doit être remplie intégralement.

N° de police : _____ N° de réclamation : _____

SECTION D. AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

Avez-vous une couverture d'un régime public d'assurance maladie? Oui Non

Si Oui, quel type? A seulement B seulement A et B

N° d'assurance maladie
(s'il y a lieu)

Avez-vous une assurance médicale à l'étranger (la vôtre ou celle de l'employeur de votre conjoint)? Oui Non

Si Oui,
nom de la compagnie d'assurance

N° de police/certificat/id.

Nom du régime d'employeur/
de retraite

Cette police est-elle assortie d'un maximum à vie de 100 000 \$ ou moins?
 Oui Non

Si assurance du conjoint,
nom du conjoint

Nom du régime d'employeur/
de retraite du conjoint

Certaines cartes de crédit comportent une assurance voyage. Avez-vous payé une partie de votre voyage avec une carte de crédit (y compris vols, hôtels, croisières et location de voiture)? Oui Non

Nom de la
banque émettrice

6 premiers chiffres et
4 derniers chiffres de la carte

Nom de l'assuré principal/
Nom du titulaire apparaissant sur la carte

Date de naissance
(jj/mm/aaaa)

Signature du titulaire
apparaissant sur la carte

Date

Est-ce que vous ou votre conjoint avez des prestations auprès de tout autre assureur ou fournisseur? Oui Non

Si Oui,
nom de la compagnie d'assurance

Téléphone

Une réclamation a-t-elle été effectuée auprès de tout autre assureur? Oui Non

Si Oui, annexe une copie de tout paiement effectué et indiquez le numéro de réclamation

SECTION E.

CERTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

Je certifie que les réponses fournies sont à ma connaissance complètes, à jour et exactes. Par la présente, j'autorise tout médecin, praticien, fournisseur de soins, hôpital, établissement de soins, organisme médical, clinique ou autre établissement médical ou connexe, compagnie d'assurance, commission des accidents du travail ou régime ou organisme semblable, et le ministère de la Santé, à divulguer et échanger avec Medipac International Inc, Medipac Assistance International Inc. (Medipac Assist) et Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada, ou leurs représentants, mes dossiers médicaux complets, y compris les traitements médicaux fournis par mon médecin de premier recours et les traitements que j'ai reçus, que je recevrai sous peu ou que je pourrais recevoir dans le futur. J'accepte que la période de 12 mois suivant la date de ma demande de règlement soit considérée comme la période d'accès aux renseignements spécifiques sur ma santé et de leur divulgation en vertu des pratiques sur la confidentialité du Canada (*Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*) et des États-Unis (*Health Insurance Portability and Accountability Act*).

Une photocopie ou un fac-similé de la présente autorisation a la même validité que l'original et cette autorisation sera considérée comme valide pour la durée du processus de réclamation, à concurrence d'un an après la date de la signature. Je comprends que je suis en droit de recevoir une copie de cette autorisation.

REMARQUE : En vertu de la loi en vigueur dans certaines provinces, nous devons vous aviser que le délai dont vous disposez pour intenter une action en justice est stipulé dans la *Loi sur les assurances* ou dans toute autre loi qui s'applique à votre réclamation.

DIRECTIVES À L'INTENTION DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MALADIE

J'enjoins au ministère de la Santé et lui accorde irrévocablement l'autorisation de verser toute somme en lien avec ma réclamation pour services de santé reçus à l'étranger directement à Medipac Assistance International Inc. et je libère par la présente mon régime public d'assurance maladie, une fois le paiement versé à Medipac Assistance International Inc., de toute autre réclamation ou cause d'action s'y rapportant.

J'autorise le ministère de la Santé à recueillir mes renseignements personnels sur la santé, soit des renseignements sur les services de santé que j'ai reçus hors du Canada et les renseignements pertinents pour le remboursement des dépenses liées à ces services en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* (L.R.O. 1990, chap. H.6, Ontario seulement), auprès de Medipac Assistance International Inc., et j'autorise le ministère de la Santé à divulguer à Medipac Assistance International Inc. lesdits renseignements personnels sur la santé pouvant être requis aux fins de vérification de ma demande de remboursement en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, y compris les détails sur tout paiement en double m'ayant été versé.

Je comprends le but de la collecte et de la divulgation par le ministère de la Santé de ces renseignements personnels sur la santé.

Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement. Toutefois, ma réclamation ne pourra pas être traitée sans un formulaire rempli intégralement.

Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie SVP)

Numéro de téléphone au Canada

Signature

Nom du témoin

Numéro de téléphone au Canada

Signature du témoin

Adresse

Autre numéro de téléphone

Date

Adresse

Autre numéro de téléphone

Date

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LES RÉCLAMATIONS : 1-888-311-4761

SOUMETTRE À : MEDIPAC ASSIST, DIVISION DES RÉCLAMATIONS, 180 LESMILL ROAD, TORONTO (ONTARIO) M3B 2T5