

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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si Oui, remplissez le <b>Rapport d'accident/de blessure.</b>		
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)
L'assuré a-t-il déjà éprouvé cette maladie ou un problème semblable auparavant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si Oui, inscrivez les détails connus (y compris les traitements, les dates et tout médicament pris pour cette affection).		
L'assuré a-t-il d'autres réclamations auprès de Medipac cette saison? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		

**SECTION C. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

Nom et téléphone du médecin de famille		Date de la dernière consultation du médecin de famille
Nom du spécialiste	Téléphone	Spécialité
Nom du spécialiste	Téléphone	Spécialité
Inscrivez tout médicament pris ou prescrit avant la date de départ de l'assuré (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** (inscrivez tout renseignement connu)L'assuré a-t-il une couverture d'un régime public d'assurance maladie?  Oui  NonSi Oui, quel type?  A seulement  B seulement  A et BN° d'assurance maladie  
(s'il y a lieu)L'assuré a-t-il une assurance médicale à l'étranger auprès de son employeur ou de celui de son conjoint)?  Oui  NonSi Oui,  
nom de la compagnie d'assurance

N° de police/certificat/id.

Nom du régime d'employeur/  
de retraiteCette police est-elle assortie d'un maximum à vie de 100 000 \$ ou moins?  
 Oui  NonSi assurance du conjoint,  
nom du conjointNom du régime d'employeur/  
de retraite du conjointCertaines cartes de crédit comportent une assurance voyage. Une carte de crédit a-t-elle servi à payer une partie du voyage (y compris vols, hôtels, croisières et location de voiture)?  Oui  NonNom de la  
banque émettrice6 premiers chiffres et  
4 derniers chiffres de la carteNom 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

L'assuré ou son conjoint a-t-il des prestations auprès de tout autre assureur ou fournisseur?  Oui  NonSi 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, les dossiers médicaux complets, y compris les traitements médicaux fournis par tout médecin de premier recours et les traitements reçus ou qui seront reçus dans le futur. J'accepte que la période de 12 mois suivant la date de cette demande de règlement soit considérée comme la période d'accès aux renseignements spécifiques sur la santé de l'assuré 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 tenter 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

(À remplir si vous accordez le consentement au nom d'une personne qui est dans l'incapacité d'accorder son consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels sur sa santé.)

Je, soussigné, \_\_\_\_\_,

suis habilité légalement à prendre des décisions pour \_\_\_\_\_.

J'autorise le Ministère à recueillir les renseignements personnels sur la personne assurée, soit :

Les renseignements relatifs aux soins de santé qui ont été dispensés à la personne assurée à l'extérieur du Canada, et les renseignements nécessaires au remboursement de ces soins en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* [L.R.O. 1990, chap. H.6, Ontario seulement], auprès de Medipac Assistance International Inc.; j'autorise en outre le Ministère à divulguer à Medipac Assistance International Inc. tout renseignement personnel sur la santé nécessaire aux fins de vérification de ma demande de remboursement en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, y compris les renseignements relatifs à tout paiement en double qui m'aurait été précédemment versé.

Je comprends les raisons qui motivent le Ministère à recueillir et à divulguer ces renseignements personnels sur la santé.

Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement. Cependant, ma demande ne pourra être traitée sans un formulaire de demande de règlement dûment rempli.

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

Adresse

Numéro de téléphone au Canada

Autre numéro de téléphone

Signature du tuteur légal de l'assuré

Date

Nom du témoin

Adresse

Numéro de téléphone au Canada

Autre numéro de téléphone

Signature du témoin

Date

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

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