

ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX POUR LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

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

DIRECTIVES

IMPORTANT

- En cas d'hospitalisation, il faut avertir Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée (TIC) par téléphone soit au préalable, soit dans les 24 heures suivant l'admission; TIC doit également être informée avant une chirurgie ou un test invasif.
- Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 30 jours suivant l'événement.
- Une preuve écrite de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 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

- Formulaire de demande de règlement dûment rempli et signé, y compris les sections A, B, C et D.
- Attestation du médecin traitant ou du dentiste, section E.
- Rapport de la salle d'urgence et les dossiers d'hôpital si le traitement est reçu à l'hôpital ou dans une clinique externe.
- Toutes les factures et les reçus originaux. Les photocopies ne sont pas acceptées.
- Toutes les factures doivent être détaillées et indiquer les dates et les coûts de tous les traitements reçus.

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Prénom de l'assuré : _____ Nom de famille : _____

Homme Femme _____ Date de naissance : JJ/MM/AAAA _____ N° de police : _____

Établissement d'enseignement : _____ Date d'inscription à l'établissement : JJ/MM/AAAA _____

Adresse au Canada

Adresse civique : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____ Courriel : _____

Pays d'origine : _____ Date d'arrivée au Canada : JJ/MM/AAAA _____

Nom et adresse du médecin de famille dans le pays d'origine :

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____

Nom et adresse du médecin de famille au Canada :

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____

Possédez-vous une autre protection d'assurance? Oui Non

Bénéficiez-vous d'une protection d'assurance en vertu du régime de l'employeur de votre conjoint? Oui Non

Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse de l'autre compagnie d'assurance et le nom du régime :

Nom : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____

SECTION B : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Brève description de la maladie ou de la blessure : _____

Date de la blessure ou de la première apparition des symptômes : JJ/MM/AAAA _____

Date de la première visite chez le médecin pour cet état de santé : JJ/MM/AAAA _____

Avez-vous déjà reçu un traitement pour cet état de santé ou un état de santé similaire? Oui Non

Si oui, inscrivez toutes les dates de traitement ainsi que la liste des médicaments pris **AVANT** la date d'entrée en vigueur de la présente police :

Date : JJ/MM/AAAA _____ Médicaments : _____

Date : JJ/MM/AAAA _____ Médicaments : _____

SECTION C : REMBOURSEMENT DES FRAIS DEMANDÉ

Nom de l'intervenant en santé	Diagnostic	Date d'administration du traitement (JJ/MM/AAAA)	Montant facturé	Montant payé
1.		JJ/MM/AAAA		
2.		JJ/MM/AAAA		
3.		JJ/MM/AAAA		
4.		JJ/MM/AAAA		

SECTION D : 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 (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 A (le cas échéant) : _____

SECTION E : ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT OU DU DENTISTE

Nom du patient : _____ Date de naissance : JJ/MM/AAAA

Diagnostic aux fins de la demande de règlement : _____

Date de la première consultation : JJ/MM/AAAA

1. Quand les symptômes de cet état de santé ont-ils été constatés la première fois ou quand la blessure s'est-elle produite? JJ/MM/AAAA

2. Le patient ou requérant a-t-il déjà eu un état de santé semblable au cours des 12 mois précédant cette visite? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Date(s) de toutes les visites médicales : JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

Diagnostic : _____

Traitement administré : _____

3. Le patient ou le requérant vous a-t-il été référé? Oui Non

Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin référant : _____

4. À votre connaissance, y a-t-il un autre médecin au Canada qui pourrait avoir traité ce patient ou requérant pour un état de santé semblable? Oui Non

Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse dudit médecin : _____

5. Décrivez toutes les autres maladies ou infirmités reliées au présent état de santé : _____

6. Veuillez énumérer tous les médicaments que le patient ou requérant prenait au moment de la consultation initiale : _____

7. Le patient ou requérant a-t-il été hospitalisé? Oui Non Date de l'admission : JJ/MM/AAAA

Si oui, veuillez fournir le nom de l'hôpital : _____ Date du congé de l'hôpital : JJ/MM/AAAA

8. Y a-t-il eu chirurgie? Oui Non

Si oui, veuillez inscrire les noms et adresses du chirurgien et de l'hôpital : _____

9. Cet état de santé était-il dû à la grossesse? Oui Non

Si oui, date des dernières menstruations JJ/MM/AAAA et date prévue de l'accouchement : JJ/MM/AAAA

10. Cet état de santé était-il dû à la consommation d'alcool, à un mauvais usage de médicaments ou à une blessure auto-infligée? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails : _____

11. Cet état de santé était-il dû à un accident d'automobile? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer la date de l'accident ou de la blessure : JJ/MM/AAAA

12. À votre avis, le traitement pour cet état de santé aurait-il pu être retardé jusqu'à ce que le patient retourne dans son pays d'origine? Oui Non

ATTESTATION ET SIGNATURE DU MÉDECIN

J'atteste que les renseignements donnés dans la présente section sont à ma connaissance vrais et exacts.

Signature du médecin : _____

Nom du médecin (en lettres moulées s.v.p.) : _____

Date : JJ/MM/AAAA Courriel : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____ Télécopieur : () _____

TAMPON DU MÉDECIN :



demandes de règlement
et assistance voyage