

Numéro de la demande (s'il est connu)

Veillez dûment remplir toutes les sections et poster, avec les reçus originaux, à l'adresse suivante :  
**Services des règlements, Assistance aux Assurés Inc.**  
**C.P. 97, Succursale A, Mississauga (Ontario) L5A 2Y9**

**Tel.: 1-866-530-6025 ou (905) 816-1990**  
**Télé.: (905) 813-4701**

Veillez dûment remplir toutes les sections et écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.

**SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE** *Veillez remplir un formulaire DISTINCT pour chaque patient*

**1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ** Police/Régime n° : \_\_\_\_\_ Division n° : \_\_\_\_\_

Certificat n° : \_\_\_\_\_ Nom du titulaire de la police/de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_ Prénom de l'employé : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone - domicile : ( ) \_\_\_\_\_ bureau : ( ) \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

**2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance du patient : Mois ( ) Jour ( ) Année ( ) Lien avec l'employé : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie d'État : \_\_\_\_\_ Code de version : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Si la demande concerne un enfant âgé de 22 ans ou plus, précisez :  Handicapé  Étudiant

S'il est étudiant, précisez le nom de l'école ou de l'université : \_\_\_\_\_

**3. RENSEIGNEMENTS SUR LE SINISTRE**

Mois ( ) Jour ( ) Année ( ) / Mois ( ) Jour ( ) Année ( ) / Mois ( ) Jour ( ) Année ( )  
 Date du départ Date du retour Date du sinistre

Lieu du sinistre (ville, pays) : \_\_\_\_\_ Total du montant demandé et devise : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Nom de votre ou vos médecins au Canada : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : ( ) \_\_\_\_\_ Téléc. : ( ) \_\_\_\_\_

**SECTION B : AUTORISATION AUX MÉDECINS, HÔPITAUX ET AUTRES  
 PRESTATAIRES DE SOINS MÉDICAUX DEMANDÉ FORMELLE**

1. Je vous autorise à fournir à Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Great-West, compagnie d'assurance-vie, tous les renseignements que vous avez à mon sujet pendant que je suis en observation ou sous vos soins, ainsi que mes antécédents médicaux, les diagnostics et les résultats de mes tests. J'autorise par ailleurs Assistance aux Assurés Inc. à transmettre ces renseignements à des tiers, qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui me sont payables le cas échéant.

2. Je cède par la présente à Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Great-West, compagnie d'assurance-vie, toutes prestations payables par des tiers pour des sinistres couverts au titre de la présente police collective/du présent régime. En outre, je demande à ces tiers de verser à Assistance aux Assurés Inc. les prestations payables par suite de la présentation par Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Great-West, compagnie d'assurance-vie, d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.

3. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation a la même validité que l'original.

Date : Mois ( ) Jour ( ) Année ( ) Signature du demandeur ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_

**SECTION C : REGIME D'ASSURANCE MALADIE**  
**AUTORISATION ET DEMANDE FORMELLE** *(Remplir si vous ne résidez pas au Québec)*

J'autorise Assistance aux Assurés Inc. et ses signataires autorisés, pour le compte de La Great-West, compagnie d'assurance-vie, à agir à titre de mandataire pour recevoir, endosser et encaisser en mon nom tout chèque établi par le RAME en remboursement des sommes versées par Assistance aux Assurés Inc. à l'égard des soins hospitaliers et médicaux que j'ai reçus à l'extérieur de la province de mon domicile. Je demande au RAME de verser à Assistance aux Assurés Inc., pour le compte de La Great-West, compagnie d'assurance-vie, les prestations payables par suite de la présentation d'une demande de règlement en mon nom.

Date: Mois ( ) Jour ( ) Année ( ) Signature du demandeur ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Date: Mois ( ) Jour ( ) Année ( ) Signature du témoin : \_\_\_\_\_

**SECTION D : PROCURATION** *(Remplir si vous résidez au Québec)*

Je, soussigné, (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_, autorise Assistance aux Assurés Inc., pour le compte La Great-West, compagnie d'assurance-vie, à

- 1) soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément aux lois et règlements appliqués par la Régie, les demandes de règlement pour les soins médicaux et hospitaliers assurés que mon conjoint, mes enfants et moi-même avons reçus (assurance familiale) lors de notre séjour au(x)/en/à (pays/état/ville) \_\_\_\_\_ du (Date) : \_\_\_\_\_ au (Date) : \_\_\_\_\_

ASSURANCE FAMILIALE : Pour les fins de l'assurance familiale, la présente procuration ne couvre, outre moi-même, que mon conjoint et mes enfants identifiés ci-dessous :

1. Conjoint \_\_\_\_\_ n° d'assurance maladie \_\_\_\_\_

2. Enfants \_\_\_\_\_ n° d'assurance maladie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° d'assurance maladie \_\_\_\_\_

- 2) fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements et documents nécessaires à l'étude et au règlement de ces demandes :

- 3) recevoir de la Régie les prestations payables à moi-même, à mon conjoint et à mes enfants (assurance familiale).

J'AUTORISE la Régie à accepter les demandes de règlement, à agir conformément à la procuration et à communiquer à la compagnie, sur demande, tous renseignements concernant mon statut de bénéficiaire ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

Signature du bénéficiaire \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie du bénéficiaire \_\_\_\_\_

**SECTION E : AUTRES ASSURANCES**

Bénéficiez-vous d'une autre assurance? (Cochez les cases pertinentes)

- Régime de retraités/Régime de l'employeur du conjoint

Nom du conjoint : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Police/Régime n° : \_\_\_\_\_ Division n° : \_\_\_\_\_ Certificat n° : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

- Carte(s) de crédit

1. Émetteur de la carte : \_\_\_\_\_ Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

2. Émetteur de la carte : \_\_\_\_\_ Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

- Assurance habitation/automobile

Police/Régime n° : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

- Assurance voyage

Police/Régime n° : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

- Autres – Veuillez préciser le type d'assurance : \_\_\_\_\_

Police/Régime n° : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

- Je n'ai pas d'autre assurance couvrant les soins médicaux à l'extérieur du pays ou de la province.

Date : Mois ( ) Jour ( ) Année ( ) Signature du demandeur ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_