Autorisation et dégagement de responsabilité pour les résidents de l'Ontario

1. Autorisation et dégagement de responsabilité

Je, soussigné(e), _____, autorise irrévocablement le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (« le ministère ») à effectuer tout paiement directement à (nom de l'organisme de facturation) à l'égard de ma demande de règlement pour les services médicaux que j'ai reçus à l'étranger, et une fois le paiement effectué, je dégage le ministère de toute responsabilité vis-à-vis de toute autre demande ou de toute autre cause d'action à cet égard.

2. Consentement

Si le consentement est donné pour soi-même :

J'autorise le ministère à recueillir les renseignements personnels sur la santé suivants à mon sujet :

- renseignements portant sur les services de santé que j'ai reçus à l'extérieur du Canada; et
- renseignements se rapportant au remboursement de ces services conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chapitre H.6

auprès de L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada/La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie. J'autorise également le ministère à divulguer à L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada/La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie tout renseignement personnel sur la santé requis pour vérifier ma demande de règlement conformément à la *Loi sur l'assurance-santé,* y compris les détails de tout paiement en double qui m'a été versé antérieurement.

Je comprends les raisons pour lesquelles le ministère recueille et divulgue ces renseignements personnels sur la santé. Je comprends que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement.

Si le consentement est donné au nom d'une personne incapable de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels sur la santé :

Je, soussigné(e), _____, suis le mandataire spécial de _____. J'autorise le ministère à recueillir les renseignements personnels sur la santé suivants au sujet de la personne assurée :

- renseignements portant sur les services de santé que la personne assurée a reçus à l'extérieur du Canada; et
- renseignements se rapportant au remboursement de ces services conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chapitre H.6

Autorisation et dégagement de responsabilité (suite)

auprès de L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada/La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie. J'autorise également le ministère à divulguer à L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada/La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie tout renseignement personnel sur la santé requis pour vérifier ma demande de règlement conformément à la *Loi sur l'assurance-santé,* y compris les détails de tout paiement en double qui m'a été versé antérieurement.

Je comprends les raisons pour lesquelles le ministère recueille et divulgue ces renseignements personnels sur la santé. Je comprends que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement.

Remarque : Un mandataire spécial est une personne autorisée par la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* à consentir, au nom d'une autre personne, à la divulgation de renseignements personnels sur la santé concernant cette autre personne.

3. Autorisation

Nom: _____

Tél. (résidence): _____

Tél. (travail): _____

Adresse: _____

Signature: _____

Date: _____

Nom du témoin: _____

Tél. (résidence):_____

Tél. (travail): _____

Adresse: _____

Signature:_____ _____

Date: _____

Gestion des réclamations
L'ANCIENNE RÉPUBLIQUE, COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA
LA RELIABLE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
C.P. 557, 100 rue King Ouest
Hamilton, Ontario L8N 3K9
Sans frais : 888.831.2222
Télécopieur : 866.551.1704

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE

Veuillez noter : *La couverture ne prévoit aucune indemnité pour les frais remboursés ou les services fournis par une autre source. Ce programme de protection ne permet pas le double versement d'indemnités.*

LES PREUVES APPUYANT LA RÉCLAMATION DOIVENT ÊTRE SOUMISES DANS LES 90 JOURS DE L'INCIDENT

Partie I RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du demandeur *(nom de famille, prénom)*		Nº de police	Date de naissance
Adresse complète			
Nº de téléphone à domicile	Nº de téléphone au travail	**Nº d'assurance maladie gouvernementale**	**Code de version**
Nom du voyagiste			
Nom de l'agence de voyage		Nom de l'agent de voyages	Nº de téléphone
Adresse complète de l'agence de voyage			
Date du premier versement pour le voyage	Date de départ *(MM/JJ/AA)*	Date de retour prévue *(MM/JJ/AA)*	Date de retour réelle *(MM/JJ/AA)*
Ville de départ		Destination *(ville, pays)*	

Partie II DESCRIPTION DU SINISTRE

Décrivez complètement les circonstances de la maladie ou de la blessure			
Date du début de la maladie ou de la blessure *(MM/JJ/AA)*	Endroit *(ville, pays)*		
Date de la première consultation *(MM/JJ/AA)*	Nom du médecin traitant		Avez-vous été hospitalisé? ❑ Oui ❑ Non
Si oui, nom de l'hôpital		Date de l'admission *(MM/JJ/AA)*	Date de sortie *(MM/JJ/AA)*
Avez-vous communiqué avec le service d'assistance? ❑ Oui ❑ Non	Si oui, date du contact *(MM/JJ/AA)*	Avez-vous déjà souffert de la même condition ou d'une condition similaire? ❑ Oui ❑ Non	Si oui, quand la condition est-elle apparue? *(MM/JJ/AA)*
Vous a-t-on prescrit des médicaments? ❑ Oui ❑ Non	Est-ce que les médicaments prescrits ou les doses ont changé avant le départ de ce voyage? ❑ Oui ❑ Non	Si oui, inscrire la date *(MM/JJ/AA)*	Nom du médecin de famille
Adresse complète du médecin de famille			Nº de téléphone

IMPORTANT – SVP REMPLIR TOUTES LES PARTIES APPLICABLES, SINON VOTRE RÉCLAMATION NE PEUT ÊTRE TRAITÉE.

Partie III — FRAIS MÉDICAUX

Nom du fournisseur de soins médicaux/ du médecin	Date de la prestation *(MM/JJ/AA)*	Montant de la facture *(en $ CAN)*	Avez-vous payé cette facture?	Nom de l'autre compagnie/programme d'assurance maladie à qui la facture a été soumise	Montant payé par l'autre compagnie/ programme d'assurance maladie	Montant réclamé *(en $ CAN)*
				Montant total réclamé en $ CAN		

Si vous avez d'autres frais, veuillez les détailler sur une autre feuille en utilisant le même format que ci-dessus.

Partie IV — AUTRE PROTECTION

Avez-vous une protection auprès d'une autre compagnie/programme d'assurance maladie?
(exemple : Medicare, Croix bleue, assurance au travail ou collective, cartes de crédit, etc.) ❑ Oui ❑ Non

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER :

1) Nom de la compagnie d'assurance	Nº de police	Nº de téléphone
Adresse de la compagnie d'assurance		
2) Nom de la compagnie d'assurance	Nº de police	Nº de téléphone
Adresse de la compagnie d'assurance		

Est-ce que votre urgence médicale a été causée par un accident? ❑ Oui ❑ Non	Nom du tiers
	Adresse complète du tiers
Si oui, croyez-vous que le tiers était responsable? ❑ Oui ❑ Non	Numéro pour contacter le tiers

IMPORTANT – VEUILLEZ INCLURE TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES POUR TOUS LES FRAIS MÉDICAUX.

SI UNE RÉCLAMATION A ÉTÉ SOUMISE À UNE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE, VEUILLEZ FOURNIR UNE DESCRIPTION DES INDEMNITÉS LORSQUE LA RÉCLAMATION A ÉTÉ RÉSOLUE AINSI QUE LES FACTURES « SOUS LA RESPONSABILITÉ DU PATIENT » INDIQUANT LE SOLDE EN SOUFFRANCE.

JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PLUS HAUT SONT VRAIS, COMPLETS ET EXACTS.
J'autorise (nous autorisons) tout autre programme d'assurance en vertu duquel j'ai (nous avons) une protection à divulguer les renseignements qui sont nécessaires ou à effectuer le paiement de ma (notre) réclamation directement à L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada/La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie. J'autorise (nous autorisons) aussi L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada/La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie à divulguer les renseignements qui sont nécessaires concernant ma (notre) réclamation à tout autre programme d'assurance en vertu duquel j'ai (nous avons) une protection.

_____ _____
Signature de l'assuré/du demandeur Date *(MM/JJ/AA)*

_____ _____
Signature de l'assuré/du demandeur Date *(MM/JJ/AA)*

Gestion des réclamations
L'ANCIENNE RÉPUBLIQUE, COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA
LA RELIABLE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
C.P. 557, 100 rue King Ouest
Hamilton, Ontario L8N 3K9
Sans frais : 888.831.2222
Télécopieur : 866.551.1704

AUTORISATION DU PATIENT POUR LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom au complet du patient lors du traitement : _____

Date de naissance : (MM/JJ/AA) _____ | _____ | _____ Numéro d'assurance sociale _____

Adresse : _____

Justification de l'autorisation : **RÈGLEMENT DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VOYAGE**

Date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance : (MM/JJ/AA) _____/_____/_____

Services de santé : (inscrire les noms de tous les médecins consultés pour cette condition ainsi que des hôpitaux où vous avez séjourné)

Nom	**Adresse**		**N° de téléphone**	**N° de télécopieur**	**Dates**
_____	_____	_____	_____	_____	_____ | _____ | _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ | _____ | _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ | _____ | _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ | _____ | _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____ | _____ | _____

Vous êtes autorisé à transmettre à **L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada/La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie** et à ses filiales, réassureurs, agents, agence de rapports aux consommateurs, ou expert en sinistres indépendant agissant au nom de L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada/La Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie, tout renseignement concernant la protection d'assurance, les soins médicaux, les conseils, les traitements ou les fournitures ainsi que tout autre renseignement qui peut influencer la demande d'indemnité soumise relativement à la police d'assurance voyage.

Renseignements à transmettre :

Tous les dossiers médicaux du patient à partir de trois mois avant la date d'entrée en vigueur de la protection d'assurance indiquée ci-dessus jusqu'à la date du présent consentement indiquée ci-dessous. Les « dossiers médicaux » comprennent, sans limitation, la liste de diagnostics, la liste de médicaments, les prises sténographiques des médecins, les notes internes, les dossiers de physiothérapie, les dossiers d'ergothérapie, les rapports pathologiques, les rapports cytologiques et tous les résultats de laboratoire.

Faire parvenir à : Service des réclamations de voyage
C.P. 557, 100, rue King Ouest
Hamilton (Ontario) L8N 3K9
Téléphone : 1-888-831-2222 Télécopieur : 1-866-551-1704

En apposant ma signature ci-dessous, je comprends que :

1. Les renseignements de mon dossier médical peuvent inclure des renseignements concernant une maladie transmise sexuellement, le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ils peuvent aussi inclure des renseignements sur des traitements du comportement ou de santé mentale et des traitements pour abus d'alcool ou de drogues.
2. J'ai le droit d'annuler la présente autorisation à tout moment en faisant parvenir une révocation écrite à l'endroit où mes dossiers sont conservés.
3. La révocation ne s'appliquera pas aux renseignements qui ont déjà été transmis en vertu de la présente autorisation.
4. La révocation ne s'appliquera pas à ma compagnie d'assurance si la législation permet à mon assureur de contester une réclamation en vertu de ma police.
5. À moins d'être autrement annulé, la présente autorisation sera échue dans six mois.
6. Le consentement à la divulgation de renseignements médicaux est volontaire. Je peux refuser de signer la présente autorisation.
7. Toute divulgation de renseignements est susceptible d'entraîner une retransmission non autorisée et les renseignements pourraient ne pas être protégés par les règlements fédéraux en matière de confidentialité.

Signature du patient ou d'une personne autorisée : _____ Date : (MM/JJ/AA) _____/_____/_____

Lien de parenté avec le patient/raison si le patient est incapable de signer : _____