

# Demande de règlement – soins médicaux d'urgence : hors Canada



Bien répondre à toutes les questions, c'est nous aider à mieux vous servir.

**Important.** Les assurés du Québec, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, de l'Alberta, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique peuvent soumettre directement leurs demandes de règlement à AXA Assurances Inc. Ailleurs, il faut joindre à la demande le relevé de prestations du régime provincial d'assurance maladie et de tout autre assureur - ou l'avis de refus - ainsi que l'ORIGINAL des factures de soins médicaux (dates et description des soins reçus).

**Il est essentiel de répondre intégralement au questionnaire. Inscrivez « s.o. » (sans objet) à toute rubrique ne s'appliquant pas.**

**Nota.** Vous pouvez remplir le formulaire au stylo (en majuscules) ou en ligne. Il faut cependant que TOUTES les parties signent et datent l'ORIGINAL avant que vous ne l'envoyiez, en y joignant les factures ORIGINALES, au bureau de **AXA Assurances Inc.** :

**2020, rue University, bureau 700, Montréal (Québec) H3A 2A5**

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

## Déclaration de l'assuré

1. Nom et prénom de l'employé ..... 2. Date de naissance J M A .....
3. Police n° **9207251** ..... 4. Matricule n° .....
5. Nom du demandeur ..... 6. Lien par rapport à l'employé .....
7. Signature du demandeur ..... 8. Date de naissance J M A .....
9. À remplir par l'employé assuré qui fait une demande au nom d'un enfant à charge (un formulaire par enfant)  
L'enfant à charge est-il marié?  Oui  Non Habite-t-il de façon habituelle chez vous?  Oui  Non  
Fréquente-t-il l'université ou le cégep?  Oui  Non Nom et adresse de l'établissement d'enseignement  
.....
10. Nom de l'employeur ..... 11. Téléphone ( ) .....
12. Adresse de l'employeur .....

## Précisions sur la demande de règlement

1. Les frais ont-ils été engagés lors d'un déplacement professionnel?  Oui  Non
2. Départ de la province J M A ..... 3. Retour dans la province J M A .....
4. Objet de la demande:  Blessure  Maladie ..... Description du sinistre et lieu de survenance  
.....  
.....
5. Date de la blessure ou de l'apparition des symptômes J M A .....
6. Lieu de survenance de la blessure ou de l'apparition des symptômes (ville/pays) .....
7. a) Avez-vous déjà présenté une affection de cette nature?  Oui  Non Dans l'affirmative, précisez.  
.....  
.....  
.....

## Demande de règlement - soins d'urgence : hors province ou hors Canada (suite)

b) Nom du médecin traitant de l'affection antérieure

Nom ..... Adresse .....

Diagnostic ..... Période de consultation .....

Nom ..... Adresse .....

Diagnostic ..... Période de consultation .....

8. La présente affection a-t-elle entraîné une hospitalisation?  Oui  Non Dans l'affirmative, répondez à ce qui suit :

Nom et adresse de l'hôpital

Périodes d'hospitalisation

Du J M A ..... au J M A ..... || Du J M A ..... au J M A .....

9. Nom et adresse de votre médecin de famille au Canada

Nom ..... Téléphone ( ) .....

Adresse .....

10. Le demandeur est-il couvert par un régime provincial d'assurance maladie?  Oui  Non Dans la négative, expliquez.

11. Le demandeur a-t-il un autre régime d'assurance maladie?  Oui  Non Nom et l'adresse de l'assureur

Police n° ..... Nature de l'assurance .....

### Barème des frais

(Veuillez utiliser une autre feuille au besoin.)

Frais acquittés		Nom du prestataire	Date des soins (J-M-A)	Total	Ne rien inscrire	Ne rien inscrire	Acquittés - assurance maladie d'État	Acquittés - autre assureur	Ne rien inscrire
Oui	Non								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Total général</b>									

**J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.**

Signature de l'assuré ..... Date J M A .....

Adresse permanente ..... Téléphone ( ) .....

Adresse postale ..... Téléphone ( ) .....

**Veuillez joindre au présent formulaire dûment rempli  
l'« Autorisation de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels ».**