

DEMANDE DE RÈGLEMENT AU TITRE DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)

1. Renseignements personnels (Assurez-vous de remplir tous les champs dans cette section.)				
N ^{os} de police d'assurance collective, de division et de certificat		Nom de l'employeur		Adresse de courriel
Nom de l'employé assuré		Date de naissance (mm/jj/aaaa)		Téléphone
Adresse		Ville		Province Code postal
Une demande d'indemnisation est-elle soumise à la CSPAAAT/CSST? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		Si un traitement a été nécessaire en raison d'un accident, comment cet accident s'est-il produit?		Date de l'accident (mm/jj/aaaa)
Est-ce que vous, votre conjoint ou une personne à votre charge détenez une autre AMC en vertu de laquelle les frais faisant l'objet de la demande de règlement sont admissibles? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non (Si oui, veuillez remplir les deux lignes suivantes)				
Nom du titulaire de police			Date de naissance (mm/jj/aaaa)	
Nom de l'autre assureur			N ^{os} de police d'assurance collective et de certificat	
2. Un reçu <u>original</u> est requis pour le traitement d'une demande de règlement. Si l'Empire Vie est le deuxième payeur, veuillez joindre à votre demande de règlement une photocopie du reçu ainsi que l'explication des garanties <u>originale</u> provenant du premier payeur. Veuillez conserver les reçus originaux pour vos dossiers. Les demandes de règlement pour médicaments doivent être accompagnées du reçu d'ordonnance officiel fourni par le pharmacien. Certains régimes d'assurance collective peuvent inclure la garantie Dépenses de santé connexes (DSC) sous forme de composante facultative de l'AMC. Si votre régime ne comprend pas cette option, veuillez ignorer les questions sur la garantie DSC de la section 3 et remplir le reste du formulaire.				
3. Sommaire de la demande de règlement - Cette demande de règlement doit-elle être entièrement remboursée au titre de la garantie DSC? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Nom du patient	Date de l'achat ou de la prestation des services	Nom du médicament ou type de service	Montant facturé	Solde payé au titre de la garantie DSC?
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
4. J'atteste que les énoncés ci-dessus sont complets et véridiques et que tous les reçus ci-joints ne représentent aucune duplication de frais ayant déjà fait l'objet d'une demande de règlement. J'autorise le médecin traitant, les hôpitaux et autres fournisseurs de services médicaux à divulguer tout renseignement et tout dossier liés à la présente demande de règlement à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) et j'autorise l'Empire Vie, ses agents, ses représentants et ses consultants, ainsi que d'autres assureurs et réassureurs, à recueillir et à analyser lesdits renseignements (au besoin) dans le but d'étudier, d'évaluer et de traiter cette demande de règlement. Je comprends que l'information fournie dans la présente demande de règlement pourrait être examinée en cas d'audit du régime; J'accepte qu'une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original. Je comprends que l'Empire Vie pourrait me transmettre de l'information concernant cette demande de règlement ou transmettre l'information à toute personne agissant en mon nom ou en celui de la personne pour laquelle je soumetts la présente demande de règlement (au besoin) afin de confirmer l'admissibilité, ainsi que d'évaluer et de gérer la demande. Si j'ai fourni de l'information à propos d'une autre personne, je confirme que j'ai l'autorisation de le faire.			Signature de l'employé assuré X	
			Date (mm/jj/aaaa)	
5. Dépôt direct (Pour une inscription ou une modification, veuillez inclure un chèque personnel annulé.)				
<input type="radio"/> Veuillez m'inscrire <input type="radio"/> Veuillez modifier mes renseignements <input type="radio"/> Veuillez utiliser l'information à mon dossier		N ^{os} de police d'assurance collective, de division et de certificat		

INFORMATION IMPORTANTE

Service rapide

Pour obtenir le paiement rapide de votre règlement, veuillez vous assurer d'inclure les documents suivants :

- la demande de règlement dûment remplie et signée, comprenant votre adresse et votre code postal
- les reçus originaux (Si l'Empire Vie est le deuxième payeur, veuillez joindre à votre demande de règlement une photocopie du reçu ainsi que l'explication des garanties originale provenant du premier payeur.
- l'explication des garanties fournie par votre autre assureur si vous coordonnez les garanties
- un chèque personnel annulé si vous désirez vous inscrire au paiement pratique par transfert électronique de fonds (TEF), ou modifier l'information personnelle figurant à votre dossier pour le TEF

Veillez noter que :

- Tout renseignement manquant ou erroné peut entraîner des retards de paiement.
- L'Empire Vie pourrait vous demander de l'information additionnelle pour évaluer cette demande de règlement ou toute demande future. Le paiement au titre de cette demande de règlement ne garantit pas l'approbation de toute demande de règlement future pour ces mêmes articles ou services.
- Les demandes de règlement soumises plus de 365 jours après la date de la prestation du service ou plus de 90 jours après la cessation de la protection seront refusées en raison de l'expiration des délais.

Protection de vos renseignements personnels

À l'Empire Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection des renseignements personnels. Les renseignements personnels que nous recueillons serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime d'assurance collective.

Prévention de la fraude à l'assurance

La fraude à l'assurance est un geste ou une omission intentionnelle visant à obtenir illégalement une prestation d'assurance. Les demandes de règlement frauduleuses augmentent le coût de votre assurance collective. Si nous obtenons la preuve d'une fraude ou d'un abus des garanties, la présente demande de règlement pourrait être transmise à tout organisme approprié, y compris les organismes de réglementation, les agences gouvernementales, les fournisseurs de services médicaux et les autres assureurs, et, si applicable, au promoteur du régime, et ce, à des fins d'enquête et de prévention de la fraude et/ou d'abus des garanties.

Pour des réponses à vos questions

Vous pouvez compter sur nos représentants du Service à la clientèle qui vous fourniront un service rapide et personnalisé pour répondre à vos questions. Veuillez composer le notre numéro sans frais 1 800 267-0215, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h HE, notre numéro de télécopieur est 1-855-619-0828 ou envoyer un courriel à group.csu@empire.ca. Vous pouvez également visiter notre site Internet à www.empire.ca.

MD Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

2 de 2 GH-05MD-FR-11/12



Une fois votre demande de règlement dûment remplie, veuillez l'envoyer à l'adresse suivante :
(Nous vous prions de plier cette partie de façon à ce que l'adresse figure dans la fenêtre de l'enveloppe.)

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
Service des règlements santé, Assurance collective
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8