Desjardins
Sécurité financière MD

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

ASSURANCE VOYAGE

Imprimer Réinitialiser

MD Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

Nº de la prestation :		Date de naissance du patient :	
Nº de la police :		Dates du voyage : du :	au :

AUTORISATION ET LIBÉRATION

1. INSTRUCTION ET LIBÉRATION

Je, _____, enjoins et autorise irrévocablement le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (« le Ministère ») à verser directement à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, le paiement de ma demande de règlement pour les services de santé obtenus à l'étranger et je libère par la présente le Ministère, une fois que le paiement aura été versé à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, de toute autre réclamation ou cause d'action s'y rapportant.

2. CONSENTEMENT

Si le présent consentement me concerne :

J'autorise le Ministère à recueillir des renseignements personnels concernant mon état de santé composés :

- des renseignements liés aux services de santé que j'ai reçus à l'extérieur du Canada; et
- des renseignements pertinents au remboursement de ces services en vertu de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario, R.S.O. 1990, c. H. 6;

auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, et j'autorise le Ministère à communiquer, au besoin, à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ces renseignements personnels concernant ma santé aux fins de la vérification de ma demande de paiement en vertu de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario, y compris les détails relatifs à tout paiement en double qui m'aurait été versé préalablement.

Je comprends le but de la collecte et de la communication de ces renseignements personnels concernant ma santé par le Ministère.

Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement.

Note : Un mandataire spécial est une personne autorisée en vertu de la LPRPS à consentir, au nom d'un particulier, à la communication de renseignements personnels concernant la santé de ce particulier.

_____ _____

Date **Signature de l'assuré ou au nom de l'assuré s'il est âgé de moins de seize ans**

Numéro d'assurance maladie de la personne ayant reçu les soins Code version