Manuvie

Frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger Demande de règlement Maladie – (honoraires de médecin et services hospitaliers seulement) Assurance collective

- Le présent formulaire doit être rempli par le participant au régime sauf indication contraire.
- Un formulaire doit être rempli pour chaque patient.
- Manuvie coordonnera pour vous les demandes de règlement si vous avez souscrit une couverture individuelle d'assurance-maladie de voyage.
- Veuillez joindre au **verso** une copie des relevés détaillés du dispensateur de soins. Les relevés ne vous seront pas retournés.
- Les frais remboursables engagés en devises étrangères seront remboursés en dollars canadiens.
- **Les frais engagés pour obtenir des renseignements additionnels demandés par Manuvie sont à la charge du participant.**

1 Renseignements sur le participant

Numéro de contrat : | Numéro de certificat du participant :

Promoteur de régime :

Participant (prénom et nom de famille) :

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : | Numéro de téléphone (jour) : ( )

Adresse du participant (numéro, rue et appartement) :

Ville : | Province : | Code postal :

2 Commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail

Les frais engagés sont-ils liés à un accident du travail **et** admissibles à des prestations au titre d'une commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail? ◯ Oui ◯ Non

Dans **l'affirmative**, veuillez soumettre ces frais à la commission chargée de l'indemnisation des accidents du travail de votre province.

3 Renseignements sur le patient

À remplir pour tous les frais engagés.

À remplir si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus.

Nom du patient	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) (1re demande seulement)	Lien avec le participant (1re demande seulement)	École et ville	S'il travaille, nbre d'heures par sem.

Important : Les demandes doivent d'abord être présentées au titre du régime provincial et ensuite à Manuvie, accompagnées d'une copie du bordereau de prestations (ou de l'avis de refus).

Le patient est-il couvert par une autre assurance-maladie de voyage ou par un autre régime d'assurance collective prévoyant le remboursement des frais faisant l'objet de la demande? ◯ Oui ◯ Non

Dans **l'affirmative**, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom et adresse de l'assureur	Genre de contrat	Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant	Nom de l'assuré (des assurés)
1	◯ Indiv.* ◯ Coll.**			
2	◯ Indiv.* ◯ Coll.**			
3	◯ Indiv.* ◯ Coll.**			
4	◯ Indiv.* ◯ Coll.**			

* « **Contrat individuel** » s'entend d'un contrat d'assurance-maladie de voyage souscrit par une personne ou une famille. ** « **Contrat collectif** » s'entend d'un contrat souscrit par un promoteur de régime.

4 Renseignements sur la demande de règlement

Dates de départ (jj/mmmm/aaaa) : | Dates de retour (jj/mmmm/aaaa) : | Province ou pays où le traitement a été reçu :

1. Veuillez préciser quand, comment et où la blessure ou la maladie est survenue.

Veuillez remplir la page suivante.

4 Renseignements sur la demande de règlement (suite)

Traitement d'urgence Traitement d'une blessure ou d'une maladie survenue lors d'un séjour à l'extérieur de la province ou à l'étranger.

2. Le patient a-t-il déjà été traité pour cette blessure ou cette maladie avant son départ? ◯ Oui ◯ Non

Dans **l'affirmative**, veuillez fournir une lettre du médecin traitant au Canada décrivant le traitement reçu.

3. Le dispensateur de soins vous a-t-il accordé un rabais sur des frais faisant l'objet de la demande de règlement? ◯ Oui ◯ Non

Dans **l'affirmative**, veuillez fournir l'original des factures/notes d'honoraires faisant état du rabais.

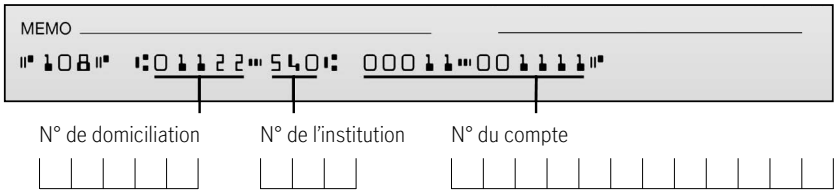
Commentaires additionnels au sujet du traitement d'urgence :

5 Renseignements bancaires et adresse de courriel

À remplir **uniquement** pour donner de nouveaux renseignements ou pour les mettre à jour.

Visitez le site **manuvie.ca/participant** pour vous inscrire et ouvrir une session dans le site sécurisé à l'intention des participants. Ensuite, dans le menu Mon profil, adhérez au service de virement automatique des prestations et des relevés de règlement par voie électronique, **ou** remplissez cette section.

En fournissant vos renseignements bancaires, vos prestations seront déposées directement dans votre compte bancaire. Trouvez vos renseignements bancaires sur un de vos chèques personnels ou relevés bancaires, ou communiquez avec votre succursale.



Si vous fournissez une adresse de courriel, vous recevrez un avis par courriel lorsque votre demande de règlement aura été traitée. Ce courriel comprendra un lien vers le site de Manuvie à l'adresse **manuvie.ca**, où vous pourrez ouvrir une session pour consulter vos relevés de règlement électroniques. Pour pouvoir consulter vos relevés de règlement électroniques et mettre fin à l'envoi de relevés de règlement papier, allez à l'adresse **manuvie.ca/participant** pour vous inscrire au site sécurisé à l'intention des participants.

Adresse électronique (en caractères d'imprimerie)

6 Autorisation et consentement

Je confirme ce qui suit :

Les renseignements fournis dans le présent formulaire et tout autre renseignement que je pourrais fournir ultérieurement à Manuvie, oralement ou par écrit, sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets.

Je comprends ce qui suit :

- Ma demande de règlement peut être refusée et ma couverture peut prendre fin, si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs.
- Si Manuvie détermine qu'une demande de règlement qui a été présentée :
  - est incorrecte, la demande de règlement sera corrigée et toutes les sommes payées en trop seront recouvrées par Manuvie;
  - est fausse, la demande, ainsi que tout renseignement ou document connexe, sera signalée au promoteur de mon régime, et toute fausse demande pourra être transmise aux autorités chargées de l'application de la loi en vue de possibles poursuites.
- Je dois rembourser toute somme que je pourrais devoir à Manuvie ou au promoteur de mon régime conformément aux dispositions de mon contrat d'assurance collective, et j'autorise la déduction de ces sommes de mes futures demandes de règlement.

Protection des renseignements confidentiels

J'autorise :

- Manuvie et ses fournisseurs de services, ainsi que ses réassureurs et leurs fournisseurs de services, à recueillir, à utiliser, à conserver et à divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande de règlement (les « Renseignements personnels ») aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, des vérifications, du traitement de ma demande de règlement et à toute autre fin désignée dans la Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs (collectivement, les « Fins »).
- Toute personne ou toute organisation détenant des Renseignements personnels me concernant, entre autres, tout professionnel de la santé, tout établissement, toute pharmacie ou toute autre installation offrant des soins médicaux ou des services de santé, tout organisme de réglementation professionnel, tout employeur, tout administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, tout assureur ou tout service d'enquête, à recueillir, à utiliser, à conserver, à divulguer lesdits Renseignements personnels, et à les échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses fournisseurs de services, aux Fins susmentionnées.
- L'utilisation de mon numéro d'assurance sociale («NAS») à des fins d'identification et d'administration, si mon NAS correspond à mon numéro de certificat.

Je comprends ce qui suit :

- Sauf lorsqu'il y a des restrictions contractuelles, les employés de Manuvie, les organisations autorisées, les fournisseurs de services et les réassureurs se trouvent au Canada et à l'étranger. Par conséquent, mes Renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers aux Fins susmentionnées et peuvent donc être assujettis aux lois de ces autres provinces, territoires ou pays.
- Une décision concernant ma demande de règlement peut être prise exclusivement en fonction du processus décisionnel automatisé qui utilise mes Renseignements personnels.
- Je peux retirer mon consentement à certaines utilisations de mes Renseignements personnels, sous réserve des restrictions légales et contractuelles. Je ne peux pas retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par Manuvie des Renseignements personnels nécessaires au traitement de ma demande de règlement. Le cas échéant, Manuvie peut considérer le retrait de mon consentement comme une demande d'annulation ou de résiliation de ma demande de règlement.
- J'ai le droit de consulter mes Renseignements personnels qui sont consignés aux dossiers de Manuvie, d'en vérifier l'exactitude et de demander, au besoin, que des corrections y soient apportées.

6 Autorisation et consentement (suite)

Envoyer toute demande à : **Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C. P. 1602, Del Stn 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6** ou à **Canada_Privacy@manulife.ca**.

Pour en savoir plus, je peux consulter la **Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs** et la **Politique de protection des renseignements personnels de Manuvie – Division canadienne**.

J'autorise Manuvie à utiliser l'adresse courriel que j'ai fournie comme moyen de communication supplémentaire au sujet de mon dossier. Je reconnais que la correspondance par courriel peut contenir des Renseignements personnels à mon sujet, y compris, mais sans s'y limiter, des renseignements sensibles comme des renseignements médicaux, professionnels et financiers. Je comprends que le courriel n'est pas encore un moyen de communication sûr. Je comprends qu'il m'incombe de mettre à jour l'adresse courriel conservée par Manuvie. Je comprends que je peux révoquer l'utilisation de mon adresse courriel en tout temps en la supprimant en ligne ou en communiquant avec Manuvie.

S'il y a lieu, j'autorise Manuvie à déposer dans le compte bancaire que j'ai indiqué dans le présent formulaire (le « Compte ») toutes les prestations qui me sont dues au titre du contrat d'assurance collective susmentionné (les « Prestations »).

Je confirme que la présente autorisation de dépôt bancaire direct s'applique à l'institution financière que j'ai désignée aux présentes et à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir, et qu'elle restera valide tant qu'elle n'a pas été révoquée par écrit par moi-même ou par mon représentant dûment autorisé.

Je comprends et j'accepte qu'après le dépôt de toutes les Prestations dans le Compte, Manuvie est entièrement libérée de toute responsabilité à l'égard de ces Prestations. Je comprends et j'accepte également que Manuvie peut, en tout temps et sans préavis, mettre fin au dépôt direct des Prestations, comme demandé dans la présente, et exiger mon approbation personnelle par écrit pour des Prestations futures. Je reconnais et j'accepte également par la présente que toutes les Prestations versées par Manuvie dans le Compte, mais auxquelles je n'ai pas droit, au titre d'un contrat ou en vertu de la loi, ne feront pas partie de mes biens et devront être immédiatement remboursées à Manuvie, par moi-même ou par les représentants de ma succession.

Je comprends que les dépenses remboursées au titre du compte de crédits-santé ne peuvent pas être utilisées aux fins de l'impôt sur le revenu. Je comprends que si le remboursement de ces dépenses a des conséquences fiscales, il m'incombera de payer ces impôts.

Veuillez signer ici

Signature du participant :	Date (jj/mmmm/aaaa) :

7 Envoi de la demande

Veuillez envoyer votre demande de règlement dûment remplie et les reçus correspondants par courrier à l'adresse appropriée.

Si vous habitez à l'extérieur du Québec :
Assurance collective Manuvie
Règlements Soins médicaux et Soins dentaires, 500 G-B,
500 King Street North
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

Si vous habitez au Québec :
Assurance collective Manuvie
Règlements Soins médicaux et Soins dentaires
2000, rue Mansfield
Montréal (Québec) H3A 2Y9

Impression

Réinitialiser

Manuvie

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.