

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	Nom du patient	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) (1 ^{re} demande seulement)	Lien avec le participant (1 ^{re} demande seulement)	À remplir si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus.	
				École et ville	S'il travaille, n ^{bre} d'heures par sem.
À remplir pour tous les frais engagés.	_____	_____	_____	_____	_____

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	_____	<input type="radio"/> Indiv.* <input type="radio"/> Coll.**	_____	_____	_____
2	_____	<input type="radio"/> Indiv.* <input type="radio"/> Coll.**	_____	_____	_____
3	_____	<input type="radio"/> Indiv.* <input type="radio"/> Coll.**	_____	_____	_____
4	_____	<input type="radio"/> Indiv.* <input type="radio"/> 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.

MEMO

" 0 8 " 1 0 1 2 2 5 4 0 1 0 0 0 1 1 1 1 1 "

N° de domiciliation N° de l'institution N° du compte

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

En présentant une demande de règlement à Manuvie, je confirme que je comprends et que j'accepte toutes les conditions suivantes :

Je certifie que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande de règlement sont véridiques, exacts et complets et que toutes les fournitures et tous les soins et services faisant l'objet de cette demande de règlement ont été reçus par moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge. **Je reconnais** que la présentation d'une demande de règlement jugée fautive ou inexacte par Manuvie, ainsi que de tout renseignement ou document connexe, sera signalée au promoteur de mon régime.

Je reconnais que Manuvie peut transmettre toute demande de règlement jugée fautive aux autorités chargées de l'application de la loi en vue de poursuites possibles. Manuvie prendra les mesures nécessaires pour recouvrer toute somme obtenue de manière irrégulière à la suite d'une fautive demande de règlement. **J'autorise** toute personne ou organisation – notamment tout professionnel de la santé, établissement ou prestataire de soins de santé, organisme de réglementation professionnel, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête – détenant des renseignements à recueillir, à utiliser, à conserver et à échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et/ou ses fournisseurs de services tout renseignement nécessaire aux fins de l'administration du régime d'assurance collective, de vérifications, de l'étude et du traitement de ma demande (les « fins »). **Je comprends** que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma couverture peut être refusée ou résiliée.

J'accepte de rembourser toute somme ou tout montant excédentaire que je pourrais devoir à Manuvie conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective souscrit auprès de Manuvie et j'autorise celle-ci à déduire ces sommes de mes prestations futures. **J'autorise** 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 conviens** qu'une photocopie, une télécopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original. **Je comprends** que je peux consulter la politique de protection des renseignements personnels de Manuvie à l'adresse manuvie.ca/assurancecollective ou que je peux en obtenir une copie auprès du promoteur de mon régime.

S'il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à virer au compte indiqué dans le présent formulaire les prestations qui doivent m'être versées au titre du contrat susmentionné. **Je confirme** que la présente autorisation de virement automatique s'applique à l'institution financière que j'ai désignée dans le présent formulaire et à toute autre institution financière que je pourrais désigner dans l'avenir, et qu'elle demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée par écrit par moi ou mon représentant dûment autorisé.

Je reconnais qu'après le virement des prestations au compte, Manuvie n'est liée par aucune autre obligation à l'égard de ces prestations. **Je reconnais également** que Manuvie peut à tout moment et sans préavis mettre fin à ce mode de versement et exiger mon endossement personnel relativement aux prestations futures. En outre, **je reconnais** que toutes prestations virées à mon compte par Manuvie et auxquelles je n'ai pas droit au titre du contrat ou en vertu de la loi ne feront pas partie de mes biens et devront être remboursées immédiatement à Manuvie, par moi ou par les représentants de ma succession.

S'il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à utiliser l'adresse de courriel que j'ai fournie pour me transmettre des renseignements relativement à mon assurance collective. **Je reconnais** que Manuvie n'est pas responsable des dommages que je pourrais subir si une communication par courriel entre Manuvie et moi découlant de la présente autorisation était interceptée par un tiers. **Je reconnais** que si l'adresse électronique fournie dans la présente demande était modifiée, il m'incombe de fournir la nouvelle adresse à Manuvie.

Je comprends que, si je ne veux pas recevoir de courriels de Manuvie, je peux retirer mon adresse de courriel en ligne ou communiquer avec le Service à la clientèle au 1 800 268-6195 pour demander le retrait de mon adresse de courriel.

Je comprends que tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

VEUILLEZ SIGNER ICI

Signature du participant _____

Date (jj/mmmm/aaaa) _____

7 Envoi de la demande

Veillez 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**