

**COMMENT REMPLIR VOTRE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

Veillez remplir toutes les sections du formulaire de demande. Si le présent formulaire n'est pas dûment rempli et envoyé avec les pièces justificatives, le traitement de votre demande sera retardé. Ci-dessous vous trouverez des informations concernant les sections du formulaire de demande qui sont souvent manquées ou incomplètes.

**SECTION B - CERTIFICATION ET AUTORISATION**

**Cette section doit être complétée afin de libérer le paiement de votre demande de règlement. Ceci certifie que les renseignements fournis dans le cadre de cette demande sont complets, véridiques et exacts.**

La signature du présent formulaire nous permet d'accéder vos renseignements médicaux personnels liés à cette demande. Si nécessaire, nous pouvons obtenir et examiner les dossiers médicaux du ou des médecins que vous avez l'habitude de consulter à votre lieu de résidence. Ces dossiers peuvent être utilisés pour établir la validité de la demande. Complétez la section « Cession des prestations » si vous souhaitez ordonner le paiement à une personne désignée.

**SECTION D - AUTRE ASSURANCE MALADIE**

Cette section nous permet de coordonner les prestations avec toute autre régime d'assurance que vous pouvez détenir tel que celle fournie par un régime d'assurance collectif ou par votre carte de crédit.

**DOCUMENTS REQUIS**

Soumettre les documents suivants à l'appui votre demande (s'il vous plaît ne pas agraffer les documents) :

- Preuve de paiement, y compris les factures et les reçus détaillés**  
Les bordereaux de transactions par carte de débit et crédit sont insuffisants. Pour les médicaments sur ordonnance, veuillez soumettre le reçu officiel de la pharmacie qui inclut la date, le nom du patient, le nom du médicament ainsi que la quantité.
- Tous les rapports et documents médicaux du traitement**  
Ces documents devraient inclure le rapport de diagnostic, une liste des médicaments donnés et le genre de traitement reçu.
- Preuve de voyage - seulement requis pour les régimes annuels**  
Veuillez soumettre l'itinéraire de voyage, les cartes d'embarquement, ou des reçus pour les repas ou l'hébergement comme preuve de la date de départ et la date de retour. Si ces documents ne sont pas disponibles, veuillez fournir des documents tels que les reçus ou les relevés de carte de crédit qui démontrent votre présence au Canada le(s) jour(s) avant votre voyage.

**SOUSSION DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

Les formulaires dûment remplis et signés ainsi que les documents requis peuvent être envoyés à notre bureau par:

- en ligne**      Visitez: <https://manulife.acmtravel.ca>  
Créer un compte et télécharger vos documents requis.

- la poste**

Adresses postales canadienne		Adresse postale américaine
Administration des Soins Actifs C.P. 1237 Succursale A Windsor, ON N9A 6P8	Administration des Soins Actifs 73 Rue Queen Sherbrooke, QC J1M 0C9	Administration des Soins Actifs 535 Rue Griswold Suite 111-605 Detroit, MI 48226

- courriel**      [TravelClaims@Active-Care.ca](mailto:TravelClaims@Active-Care.ca)

**Veillez conserver tous les reçus et les pièces justificatives originales. ACM se réserve le droit de demander les documents originaux lorsqu'ils sont nécessaires pour statuer la demande.**



Votre police d'assurance voyage est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Manuvie »). Manuvie a désigné Active Claims Management (2018) Inc., qui exerce ses activités sous le nom d'Active Care Management (« ACM ») (Administration des Soins Actifs), comme prestataire de services d'assistance et de règlement au titre du présent contrat.

**IMPORTANT** : La section d'Attestation et autorisation doit être complétée afin de traiter votre demande. **En signant et en soumettant ce formulaire, vous certifiez que les informations fournies dans le cadre de cette demande sont complets, vrais et exacts.**

SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR										
Nom	Prénom			<input type="checkbox"/> Homme	Date de naissance	MM	JJ	AAAA		
Adresse du domicile										
Adresse courriel				Numéro de téléphone			Autre numéro de téléphone			
Destination du voyage			Date de départ	MM	JJ	AAAA	Date de retour	MM	JJ	AAAA

SECTION B – ATTESTATION ET AUTORISATION	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cette autorisation permettra à Manuvie ou ACM d'utiliser les renseignements divulgués dans le but de déterminer mon admissibilité à la couverture de ma police d'assurance voyage et de discuter de tout aspect de ma réclamation auprès de Manuvie et ses filiales.</li> <li>▪ J'autorise tout médecin, hôpital ou établissement offrant des services médicaux (chacun d'entre eux est un "fournisseur") et de tout autre assureur à divulguer et à échanger avec Manuvie ou ACM ou son représentant, toute information qui est nécessaire pour traiter cette demande.</li> <li>▪ Dans le but de discuter le paiement des services médicaux fournis à moi par tout fournisseur, j'autorise Manuvie ou ses filiales de libérer et divulguer à un tel fournisseur le contenu ou le statut de la révision de toute demande de prestations en vertu de cette police. Ce faisant, Manuvie ou ses filiales peuvent libérer ou divulguer mes dossiers médicaux et la décision arbitrale provisoire ou définitive.</li> <li>▪ Dans le cas où la personne qui reçoit des services médicaux est un enfant non émancipé, telle que définie par les lois de la province de ma résidence permanente, je déclare que je suis le parent / tuteur légal de _____ (insérer le nom) et que l'autorisation décrite ci-dessus s'applique à ses dossiers médicaux.</li> <li>▪ Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ J'autorise le RPAM à recueillir directement ou indirectement les renseignements figurant dans la demande de règlement et dans les documents originaux, conformément à la loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et à la loi sur l'assurance maladie.</li> <li>▪ Je cède à Manuvie les prestations payables provenant d'autres sources pour les pertes couvertes par cette police, et j'autorise les payeurs de transmettre le paiement directement à Manuvie ou ACM.</li> <li>▪ <b>Avis:</b> La législation provinciale dans quelques provinces nous exige de vous informer que la limite pour prendre des mesures juridiques est indiquée dans la Loi sur les assurances ou une autre loi qui s'applique à votre</li> <li>▪ <b>Je certifie que les renseignements fournis dans ces formulaires ainsi que dans les documents ci-joints et durant les entrevues téléphoniques sont, à ma connaissance, complets, vrais et exacts.</b></li> </ul>
<p>Manuvie et ACM sont engagés à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels que nous recueillons, utilisons et divulguons. Vos renseignements personnels seront utilisés dans le but de vous fournir les services d'assurance demandés. Nous pouvons aussi utiliser vos renseignements personnels pour communiquer avec vous afin d'en savoir plus sur votre expérience ou de vous inviter à participer à une étude de marché. Pour obtenir un exemplaire de leurs politiques de confidentialité, visitez <a href="http://www.manuvie.ca">www.manuvie.ca</a> et <a href="http://www.active-care.ca">www.active-care.ca</a>.</p>	

Si le demandeur est un mineur, imprimer le nom complet du parent ou du tuteur légal, ou si le demandeur est décédé, imprimer le nom complet de l'exécuteur testamentaire :				
Signature	Date	MM	JJ	AAAA

**Cession des prestations** Complétez cette section si vous souhaitez ordonner le paiement à une personne désignée.

Nom du bénéficiaire	Téléphone
Adresse du bénéficiaire	

**SECTION C – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**
**Détails de la demande**

Nom du médecin traitant ou du centre médical	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		
Description de la maladie ou la blessure				
Date de l'apparition des symptômes	MM	JJ	AAAA	
Date du premier traitement	MM	JJ	AAAA	
Avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'un problème de santé semblable? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :	MM	JJ	AAAA	
Si cette condition est liée à une grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement	MM	JJ	AAAA	

**Vos antécédents médicaux – Veuillez énumérer vos conditions médicales (joindre une page séparée si nécessaire)**

Condition médicale	Date du diagnostic	MM	JJ	AAAA
Condition médicale	Date du diagnostic	MM	JJ	AAAA
Condition médicale	Date du diagnostic	MM	JJ	AAAA
Liste des médicaments que vous prenez régulièrement				
Nom de votre médecin de famille au Canada	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		
Nom de votre spécialiste au Canada et sa spécialité	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		

**REMARQUE IMPORTANTE :** Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par *test génétique*, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

**Si vous avez envoyé une demande auprès d'un autre assureur, veuillez fournir votre numéro de dossier et joindre une copie de votre demande et le règlement si disponible.**



Chacun veut voyager sans tracas et devrait pouvoir le faire en se sachant protégé par son assurance voyage. La plupart des gens voyagent sans embûches, mais si quelque chose devait survenir, les sociétés membres de l'Association canadienne de l'assurance voyage (THiA) veulent que vous connaissiez vos droits. La Déclaration des droits et responsabilités en matière d'assurance voyage de la THiA repose sur les règles d'or suivantes de l'assurance voyage :

Connaissez votre état de santé • Connaissez votre voyage

Connaissez votre police • Connaissez vos droits

Pour en savoir plus, visitez le [www.thiaonline.com](http://www.thiaonline.com) <<http://www.thiaonline.com>>



### SECTION D - AUTRE ASSURANCE

Est-ce que vous ou votre conjoint bénéficiez d'une autre couverture d'assurance voyage tel que celle fournie par un régime d'assurance collectif, un régime des retraités ou une carte de crédit?  Non  Oui - Veuillez spécifier :

Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de police	Numéro de certificat			
Si vous bénéficiez d'une couverture d'assurance avec votre carte de crédit, veuillez spécifier le nom de la banque émettrice		Les 6 premiers chiffres et les 4 derniers chiffres du n° de la carte de crédit			
Nom du titulaire principal de la police / nom du titulaire tel qu'il figure sur la carte		Date de naissance	MM	JJ	AAAA
Signature du titulaire principal		Date	MM	JJ	AAAA

Si la présente demande de règlement est liée à un accident d'automobile, veuillez spécifier:

Nom de la d'assurance automobile	Numéro de police
----------------------------------	------------------

### SECTION E – FRAIS ENGAGÉS

S'il vous plaît énumérer toutes les frais payés. Veuillez conserver les reçus originaux. ACM se réserve le droit de demander les documents originaux lorsqu'ils sont nécessaires pour statuer la demande.

Si vous recevez des factures supplémentaires après la soumission de cette demande, veuillez communiquer avec notre bureau avant de faire le paiement.

Nom de l'établissement (p. ex. pharmacie, clinique)	Description du frais (p. ex. prescription)	Date			Prix de l'achat	Devise (monnaie)	Type de preuve de paiement soumise (p. ex. reçu détaillé, reçu de transaction, relevé bancaire, etc. Si aucune preuve, expliquez ci-dessous)
		MM	JJ	AAAA			

Si vous avez des remarques à l'appui de votre demande, veuillez les noter ci-dessous. Ajoutez des pages supplémentaires au besoin.