

COMMENT REMPLIR VOTRE 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

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. Si cette section est laissée en blanc, le paiement sera divisé également entre chaque adulte assuré par cette police.

SECTION D - AUTRE ASSURANCE

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) :

- Itinéraire original ainsi que le nouvel itinéraire pour démontrer comment vos plans ont dû être modifiés
- Factures ou preuves de paiement, preuve de remboursement
- Preuve d'annulation émise par le fournisseur (p.ex. ligne aérienne, hôtel, etc.)
- Reçus pour les frais additionnels et imprévus durant votre voyage
- Preuve justifiant la cause de la demande telle qu'un rapport médical, rapport de police, certificat de décès ou document judiciaire

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

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 Veuillez joindre une liste s'il y a plus que deux demandeurs.

Nom	Prénom		Date de naissance		
1		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	MM	JJ	AAAA
2		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	MM	JJ	AAAA
Adresse du domicile					
Adresse courriel			Numéro de téléphone		Autre numéro de téléphone

SECTION B – ATTESTATION ET AUTORISATION Tous les demandeurs adultes doivent signer ci-dessous.

- 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.
- 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.
- 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.
- Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.
- **Attention aux fournisseurs de services de voyage :** Je vous autorise de divulguer à Manuvie ou à son représentant toute l'information que vous détenez concernant mon voyage ou de l'utilisation de vos services dans le but de déterminer mon admissibilité à la couverture de ma police d'assurance voyage.
- **Avis:** 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 réclamation.
- **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.**

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 www.manuvie.ca et www.active-care.ca.

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 du demandeur 1	Date	MM	JJ	AAAA
Signature du demandeur 2	Date	MM	JJ	AAAA

Cession des prestations Complétez cette section si vous souhaitez ordonner le paiement à une personne désignée. Si cette section est laissée en blanc, le paiement sera divisé également entre chaque adulte assuré par cette police.

Nom du bénéficiaire	Téléphone
Adresse du bénéficiaire	

SECTION C – DÉTAILS DU VOYAGE

 Destination du voyage Type de demande: Annulation de voyage Interruption de voyage

Motif de l'annulation ou l'interruption du voyage

Date de réservation	MM	JJ	AAAA	Date de l'achat de la police	MM	JJ	AAAA
Date de départ originale	MM	JJ	AAAA	Date de retour originale	MM	JJ	AAAA
Date de départ actuel	MM	JJ	AAAA	Date de retour actuel	MM	JJ	AAAA
Date de l'incident	MM	JJ	AAAA	Date de l'annulation	MM	JJ	AAAA

Agence de voyage – compléter, le cas échéant

Nom de l'agence voyage	Nom de l'agent
Adresse courriel	Numéro de téléphone
Adresse de l'agence voyage	

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 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.

SECTION E – DÉCLARATION DU MÉDECIN Cette déclaration doit être dûment rempli et signé par le médecin qui a soigné la blessure / maladie résultant en cette demande. Tous les frais pour l'achèvement de ce formulaire est la responsabilité du patient.

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

Nom du patient	Date de naissance	MM	JJ	AAAA
Date des premiers symptômes		MM	JJ	AAAA
Date de la première consultation		MM	JJ	AAAA
Date lorsque vous avez déconseillé au patient de voyager		MM	JJ	AAAA
Date lorsque le patient sera en mesure de voyager		MM	JJ	AAAA
Diagnostic ou description de la maladie / blessure				
Le patient a-t-il été hospitalisé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – du	MM	JJ	AAAA
Indiquez toutes les dates jusqu'à présent des examens et / ou traitements pour cette condition :				
Précisez les médicaments prescrits pour cette condition:				
Le patient a-t-il déjà souffert de la même condition ou d'une affection similaire?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui -	MM	JJ	AAAA
Est-ce que cet état est une complication d'une maladie sous-jacente? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – veuillez préciser:				
Si cette condition est liée à une grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement		MM	JJ	AAAA
Date que la grossesse était confirmé		MM	JJ	AAAA
Si le patient a été référé par un autre médecin, indiquez la date du renvoi		MM	JJ	AAAA
Nom du médecin référant	Numéro de téléphone			

Certification du médecin - Je certifie que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Nom du médecin traitant	Cachet du médecin			
Numéro de téléphone				
Numéro de télécopieur				
Signature du médecin traitant	Date	MM	JJ	AAAA

Autorisation du patient - J'autorise tout médecin, hôpital ou établissement offrant des services médicaux et de tout autre assureur à divulguer et à échanger avec ACM ou son représentant, toute information qui est nécessaire pour traiter cette demande. Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature du patient	Date	MM	JJ	AAAA
----------------------	------	----	----	------

SECTION F – FRAIS ENGAGÉS
Portions inutilisées - annulation et interruption de voyage

S'il vous plaît inclure une copie de toutes vos factures, reçus et itinéraires pour les portions inutilisées de votre voyage.

Veillez noter que la prime d'assurance est non-remboursable.

Description de l'item	Montant payé	Montant remboursé	Montant demandé	Devise

Frais divers - interruption de voyage

Énumérer les frais additionnels pour :

- transport
- hébergement
- repas
- appels téléphoniques
- taxis

Les reçus doivent être fournis avec la demande de règlement. Votre police d'assurance peut limiter le montant payable par jour ou par voyage

Description	Date			Montant demandé	Devise
	MM	JJ	AAAA		

Ajouter des pages supplémentaires au besoin.



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>