

**Section 1 - Renseignements sur le demandeur (en caractères d'imprimerie)**

Nom de famille :

KAMGUE

Prénom :

LUC DUPLEX

Date de naissance (J/M/A) :

16/10/1993

Lien avec le titulaire de police :

Numéro de la carte d'assurance maladie provinciale (s'il y a lieu) :

Code de version (résidents de l'Ontario, s'il y a lieu) :

Adresse au Canada (numéro, rue) :

9-17115 RUE EMILE-NELLIGAN

Ville :

MONTRÉAL

Province :

QUÉBEC

Code postal :

H9J2V6

Numéro de téléphone :

514-946-7048

Autre numéro de téléphone :

Courriel :

LUCDUPLEX@OUTLOOK.COM

**Moyen de communication préféré** (cocher toutes les cases qui s'appliquent)☐

Courriel

☒

Téléphone

☐

Poste

**Section 2 - Renseignements sur le titulaire de la police (en caractères d'imprimerie)**

Nom de famille :

KAMGUE

Prénom :

LUC DUPLEX

Date de naissance (J/M/A) :

16/10/1993

Numéro de police :

MFTI102047071

Adresse au Canada (numéro, rue) :

9-17115 RUE EMILE-NELLIGAN

Ville :

MONTRÉAL

Province :

QUÉBEC

Code postal :

H9J2V6

Numéro de téléphone :

514-946-7048

Autre numéro de téléphone :

Courriel :

LUCDUPLEX@OUTLOOK.COM

**Section 3 - Renseignements sur le voyage**

Pays d'origine :

CAMEROUN

Date d'arrivée au Canada (J/M/A) :

07/12/2023

Date de retour prévue (J/M/A) :

31/03/2025

Voyage secondaire à l'extérieur du Canada - Destination :

Date de départ (J/M/A) :

Date de retour (J/M/A) :

**Section 4 - Renseignements médicaux sur le demandeur**

Veuillez décrire brièvement le motif de la consultation médicale :

CONSULTEZ POUR TEMPERATURE TRES ELEVE, TROUBLE D'APPÉTIT, VERTIGE ET BAISSSE DE TENSION.

À quelle date les premiers symptômes se sont-ils manifestés? (J/M/A) :

26/12/2023

Quand avez-vous commencé à vous faire soigner? (J/M/A) :

30/12/2023

**Section 4 - Renseignements médicaux sur le demandeur (suite)**

Si cette condition est liée à une grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement (J/M/A) :

Avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'un problème de santé semblable? : ☒ Non ☐ Oui

Nom de l'établissement de santé consulté :

HOPITAL GENERAL DE LAKESHORE

Numéro de téléphone de l'établissement de santé consulté :

514-630-2225

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

Condition médicale :

Date du diagnostic (J/M/A) :

Condition médicale :

Date du diagnostic (J/M/A) :

Condition médicale :

Date du diagnostic (J/M/A) :

Liste des médicaments que vous prenez régulièrement :

Nom de votre médecin de famille au Canada :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :

**Section 5 - Autres couvertures d'assurance**

La présente assurance paie le solde des frais admissibles qui ne sont pas couverts par une autre assurance. Si, au moment du sinistre, vous avez une couverture semblable auprès d'un autre fournisseur (c.-à-d. carte de crédit, assurance voyage, régime d'assurance maladie d'un employeur, régime privé ou provincial, régime d'assurance automobile, assurance maladie aux États-Unis, etc.), nous coordonnerons les prestations conformément aux directives de l'ACCAP.

**Est-ce que vous, votre conjoint ou votre enfant êtes couverts par une autre assurance?**☒ Non☐ Oui

Si oui, veuillez remplir les sections suivantes qui vous concernent.

**Régime de l'employeur, régime de retraite ou autre régime collectif**

Compagnie d'assurance :

Numéro de police/Numéro de certificat :

Numéro d'identité/Numéro du plan :

Nom du titulaire principal de la police :

Date de naissance (J/M/A) :

**Carte de crédit**

Banque émettrice :

Numéro de la carte (6 premiers No.) :

Numéro de la carte (4 derniers No.) :

**Autres couvertures**

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de police/Numéro de certificat :

Nom du titulaire principal de la police :

Date de naissance (J/M/A) :

Assurance maladie États-Unis : ☐ Non ☐ Oui☐ Type A☐ Type B☐ Les deux

Numéro d'adhésion :

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.

**Section 6 - Déclaration, autorisation et signature**

- Cette autorisation permettra à Manuvie et/ou Gestion Global Excel (« Global Excel ») 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 Global Excel ou son représentant, toute information qui est nécessaire pour traiter cette demande.
- 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.
- 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.
- Je donne l'autorisation et demande à mon régime provincial d'assurance maladie (RPAM) de verser directement à Global Excel les paiements concernant ma demande de règlement pour les soins médicaux reçus à l'extérieur du pays, et par le présentes, je libère le RPAM, une fois que les paiements seront effectués, de toute autre réclamation ou cause d'action relativement à cette demande de règlement.
- 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 Global Excel.
- Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.
- 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.**
- J'autorise Global Excel à déposer tous les paiements de réclamation personnelle directement dans le compte indiqué sur ce formulaire.

Manuvie et Global Excel 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](http://www.manuvie.ca) et [www.globalexcelservices.com/fr](http://www.globalexcelservices.com/fr).

Nom du demandeur : KAMGUE LUC DUPLEX

Signature du demandeur : KLD

Date (J/M/A) : 08/04/2024

Si je ne suis pas le demandeur :

- Utilisez cette section si vous remplissez le formulaire de réclamation au nom d'une autre personne.**

- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet du demandeur relativement à la présente réclamation, je soussigné certifie par la présente que j'ai obtenu du demandeur la permission en bonne et due forme d'autoriser la collecte, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels, conformément à l'autorisation indiquée plus haut, et que l'assureur, ses réassureurs et leurs mandataires peuvent se fier à ces renseignements et agir sur la foi de mon autorisation.
- Dans le cas où la personne bénéficiant des services médicaux est un enfant non émancipé, tel que défini par les lois de la province de ma résidence permanente, je déclare par la présente que je suis le parent ou le tuteur légal et que l'autorisation décrite ci-dessus s'applique à son dossier médical.
- 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.

Nom de la personne autorisée :

Lien avec le demandeur :

Adresse de la personne autorisée :

Signature de la personne autorisée :

Date (J/M/A) :



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 :

- Connaissiez votre état de santé
- Connaissiez votre voyage
- Connaissiez votre police
- Connaissiez vos droits

Pour en savoir plus, visitez le [https://www.thiaonline.com/Travel\\_Insurance\\_Bill\\_of\\_Rights\\_of\\_Responsibilities\\_Fr.html](https://www.thiaonline.com/Travel_Insurance_Bill_of_Rights_of_Responsibilities_Fr.html)

## Section 7 - Liste des frais engagés

No.	Nom de la clinique, du médecin, du dentiste, de l'hôpital ou de la pharmacie	Description des frais	Date (J/M/A)	Montant facturé	Montant payé	Solde impayé	Devise	Preuve de paiement incluse (cocher la case appropriée)
1.	HG LAKESHORE	FRAIS MED.	31/12/2023	250\$	250\$	0\$	\$CND	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui
2.	HG LAKESHORE	TESTS	04/03/2024	129\$	0\$	129\$	\$CND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3.	HG LAKESHORE	URGENCE	04/03/2024	1.129,47\$	0\$	1.129,47\$	\$CND	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4.								<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5.								<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Commentaires :

LE DELAI DE 10 JOURS QUE L'HÔPITAL M'A OCTROYÉ POUR LE PAIEMENT EST DÉJÀ ARRIVÉ À EXPIRATION SVP  
VEUILLEZ CONTACTER L'HÔPITAL AFIN QUE J'EVEITE LES PÉNALITÉS .

Indiquez clairement les factures qui ont été payées. Conservez une copie de ce formulaire (ainsi qu'une copie de tous les documents justificatifs) pour vos dossiers.

Le traitement de votre réclamation sera retardé à la suite de l'une des raisons ci-dessous :

- Tout retard à recevoir des renseignements de votre médecin traitant ou d'un autre médecin au Canada.
- Tout retard à recevoir les dossiers médicaux de l'établissement où vous avez été soigné à votre destination de voyage.
- Un formulaire de réclamation incomplet.
- Des documents justificatifs insuffisants (ou inexacts).

Il est possible que vous receviez des factures ou des rappels directement des fournisseurs de soins de santé que vous avez consultés. Le cas échéant, veuillez faire parvenir ces rappels à Global Excel.

Si vous recevez des appels téléphoniques concernant vos factures, veuillez demander à l'appelant de communiquer avec Global Excel.

Nous vous demandons de ne pas payer les frais médicaux directement aux fournisseurs, sauf si vous avez été avisé de le faire par Global Excel.

## Section 8 - Mode de remboursement privilégié

Veuillez vous rendre à l'adresse [www.globalexcel.com/manuvie](http://www.globalexcel.com/manuvie) pour accéder à notre portail des demandeurs sécurisé et choisir votre mode de remboursement privilégié. Vous pouvez également changer votre mode de remboursement en remplissant la présente section.

### Cession des prestations

Si vous souhaitez diriger le paiement à une personne désignée autre que le titulaire de police, veuillez fournir son nom, son adresse et son numéro de téléphone ci-dessous.

Nom du bénéficiaire :

KAMGUE LUC DUPLEX

Numéro de téléphone :

514-946-7048

Adresse :

9-17115 RUE EMILE-NELLIGAN

**IMPORTANT : Si un mode de remboursement n'est pas sélectionné ou dépasse la limite du mode choisi, un chèque sera émis pour les remboursements éligibles.**

☒

#### Virement Interac (Pour les paiements inférieurs à 5 000 CAD)

Si vous fournissez votre adresse courriel, vous recevez un avis par courriel une fois votre réclamation traitée et vous pourrez déposer les fonds dans votre compte à partir de la plateforme de service bancaires en ligne de votre choix.

Adresse courriel :

LUCDUPLEX@OUTLOUK.COM



#### Dépôt direct (Pour les paiements inférieurs à 5 000 CAD)

En fournissant vos renseignements bancaires, le paiement sera déposé directement dans votre compte et vous serez informé par courriel du règlement de votre réclamation.



Numéro de transit (5 chiffres) :

Numéro de l'institution (3 chiffres) :

Numéro de compte (12 chiffres) :

**Chèque**