

Formulaire de demande de réclamation pour le Canada

VEUILLEZ IMPRIMER CE DOCUMENT



SECTION A : REQUÉRANT·E OU PERSONNE ASSURÉE

PERSONNE ASSURÉE

Nom complet	Adresse courriel	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire	Numéro de police	

ADRESSE POSTALE AU CANADA

Numéro d'unité	Nom de la rue et numéro	Ville	Province	Code postal
----------------	-------------------------	-------	----------	-------------

SECTION B : AUTORISATION DE PAYER

CETTE RÉCLAMATION EST PAYABLE À :

Assuré·e Parent ou tuteur·rice Hôpital ou clinique Médecin Autre :

MODE DE PAIEMENT - COMPTES BANCAIRES CANADIENS UNIQUEMENT

Chèque Transfert électronique de fonds (pour les paiements par transfert électronique de fonds, veuillez remplir les champs ci-dessous et vérifier leur exactitude) [Exemple ici](#)

Nom de l'institution financière	Nom du·de la titulaire du compte	Nom du·de la bénéficiaire (si différent du·de la titulaire de compte)		
Adresse du·de la titulaire du compte				
Courriel du·de la bénéficiaire	Numéro de transit (cinq chiffres uniquement)	Institution financière (trois chiffres seulement)	Numéro de compte (sept chiffres uniquement)	

Nom de la personne assurée
(en caractères d'imprimerie)

Signature de la personne assurée ou du·de la tuteur·rice légale (**SIGNEZ ICI**)

Date de la signature (JJ/MM/AAAA)

SECTION C : AUTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

La personne assurée est-elle actuellement couverte par une autre assurance provinciale ou gouvernementale? Oui Non

SI OUI, indiquez le nom de l'agence provinciale ou gouvernementale fournissant la couverture :

--

La personne assurée est-elle couverte par une autre police d'assurance médicale ou d'assurance voyage (cela comprend la couverture par l'entremise du régime d'un·e conjoint·e, d'un parent ou d'un·e tuteur·rice légale)? Oui Non

SI OUI, fournissez les détails de l'autre couverture d'assurance :

Nom complet du·de la titulaire de la police		Compagnie d'assurances		
Numéro de la police ou du régime	Numéro d'identification ou de certificat	Numéro de groupe de l'employeur (le cas échéant)	Nom de l'employeur (le cas échéant)	Numéro de téléphone de l'employeur (le cas échéant)

SECTION D : DÉPENSES RÉCLAMÉES

Nom du fournisseur de soins médicaux	Raison de la visite chez le·la médecin et diagnostic	Date de service (JJ/MM/AAAA)	Montant facturé (\$)	Montant payé (\$)

Date à laquelle les symptômes ont fait leur première apparition (JJ/MM/AAAA) :

Description de la maladie ou des blessures de la personne assurée (si l'espace prévu est insuffisant, vous pouvez joindre des renseignements supplémentaires) :

--

JOIGNEZ TOUTES LES FACTURES ET TOUS LES REÇUS, PUIS SOUMETTEZ VOTRE DEMANDE DE RÉCLAMATION PAR COURRIEL À L'ADRESSE :

intrepid247@intrepid247.com

OU ENVOYEZ-LA PAR LA POSTE À :

Intrepid 24/7™

150, rue King Ouest, bureau 602
C. P. 75

Toronto (Ontario) M5H 1J9

1 866 883-9485

Sans frais depuis les États-Unis et le Canada.

1 416 640-7862

À frais virés, lorsque le service est offert.

J'autorise tout·e médecin, tout·e praticien·ne de la médecine, tout hôpital, toute installation fournissant des services médicaux ou liés à la santé, tout administrateur tiers, tout régime provincial et tout autre assureur à divulguer et à échanger avec Lloyd's, MSH International ou leurs représentant·es tout renseignement (y compris des données et des dossiers personnels sur la santé) nécessaire pour traiter la présente réclamation.

J'autorise tout tiers qui me fournit de l'assistance lors du processus de la présente réclamation à accéder à tout renseignement de réclamation pertinent lié à la décision relative à ma réclamation auprès de Lloyd's et MSH International. J'autorise MSH International à coordonner le paiement des prestations avec toute société d'assurance qui pourrait avoir une obligation relativement à la présente réclamation et je cède à Lloyd's et à MSH International toute prestation due par d'autres sources pour les pertes couvertes par la présente police. J'autorise de tels payeurs à envoyer le paiement directement à Lloyd's et à MSH International et leur demande de le faire. Au moyen de ma signature ci-dessous, je confirme être autorisé·e à agir à ces fins au nom de toutes mes personnes à charge. Une photocopie de la présente autorisation sera tout aussi valide que le document original.

J'autorise MSH International (Canada) Ltd. à coordonner le paiement des prestations avec toute société d'assurance qui pourrait avoir une obligation relativement à la présente réclamation et je cède à Lloyd's et à MSH International toute prestation due par d'autres sources pour les pertes couvertes par la présente police. J'autorise de tels payeurs à envoyer le paiement directement à Lloyd's et à MSH International et leur demande de le faire.

J'atteste que les renseignements fournis relativement à la présente réclamation sont complets, véridiques et exacts.

Nom de la personne assurée
(en caractères d'imprimerie)

--

Signature de la personne assurée (si la personne assurée a moins de 16 ans,
signature du parent ou du·de la tuteur·rice légale)

Date de la signature
(JJ/MM/AAAA)