

INSTRUCTIONS

IMPORTANT

- **Veillez noter que si le montant total de votre demande ne dépasse pas 500 \$ (CAD), il n'est pas nécessaire de remplir un formulaire de demande. Il vous suffit d'envoyer vos reçus, vos factures et toute pièce justificative, ainsi que votre nom, votre numéro de police et votre adresse postale complète, par courriel à claims@intrepid247.com**
- Toute demande de remboursement doit être envoyée avec justificatifs à Intrepid 24/7™ dans les 30 jours suivant la date des soins.
- Une preuve écrite du sinistre doit être soumise à Intrepid 24/7™ dans les 90 jours suivant la date des soins.
- Les frais associés à la complétion du formulaire ou demande de documents supplémentaires sont à votre charge.
- Ne pas remplir et signer ce formulaire dans son intégralité ou ne pas soumettre de justificatifs retardera le traitement de votre demande de remboursement.

À PROPOS DU FORMULAIRE

- Veuillez compléter toutes les sections ci-dessous et vous assurer de signer le formulaire avant de le soumettre à Intrepid 24/7™, en joignant les factures, rapports médicaux détaillant les types de traitements ainsi que les dates des traitements et reçus de pharmacie. Veuillez conserver toutes les copies.
- Veuillez obtenir et soumettre à Intrepid 24/7™ une copie du rapport médical effectué en salle d'urgence, ainsi que tous les rapports d'hôpital, dans le cas où les soins ont été reçus dans un hôpital. Dans le cas où le traitement a été reçu dans un clinique, un centre de soins ou par un médecin de famille, veuillez joindre à votre demande le rapport médical du médecin.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ: Intrepid 24/7™ se réserve le droit de demander qu'un formulaire de demande de remboursement soit rempli, quel que soit le montant demandé.

SECTION A : RÉCLAMANT / ASSURÉ(E)

ASSURÉ(E)

Nom de famille		Prénom		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Non divulgué		Pays d'origine		Date d'arrivée au Canada (JJ/MM/AAAA)	
N° de police	N° de groupe	N° ID	Établissement éducationnel		Date d'adhésion (JJ/MM/AAAA)

ADRESSE DE L'ASSURÉ(E) AU CANADA

Unité	Rue	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Cellulaire	Courriel		

RÉCLAMANT (SI DIFFÉRENT QUE L'ASSURÉ(E))

Prénom		Nom de famille		Relation à l'assuré(e)	
Unité	Rue	Ville	État/Province	Pays	ZIP/Code postal
Téléphone	Cellulaire	Courriel			

PHYSICIEN TRAITANT POUR CETTE RÉCLAMATION

Nom complet		Nom de la clinique ou cabinet médical			
Unité	Rue	Ville	État/Province	Pays	ZIP/Code postal
Téléphone	Télécopieur				

MÉDECIN DE FAMILLE DE L'ASSURÉ(E) DANS LE PAYS D'ORIGINE (SI DISPONIBLE)

Nom complet		Nom de la clinique ou cabinet médical			
Unité	Rue	Ville	État/Province	Pays	ZIP/Code postal
Téléphone	Télécopieur				

SECTION B : COUVERTURE D'ASSURANCE TIERCE

Possède l'assuré(e) actuellement une couverture gouvernementale (de quelque nature que ce soit) ? Oui Non

SI OUI, merci de saisir le nom de l'organisme fournissant la couverture :

--

Possède(nt) l'assuré(e), son époux(se), ou ses parents/tuteurs une autre assurance santé ou assurance voyage ? Oui Non

SI OUI, veuillez fournir les détails de l'autre assurance ci-dessous :

Nom complet du titulaire		Compagnie d'assurance			
N° de police/régime	N° de ID/certificat	N° de groupe de l'employeur (si applicable)	Nom de l'employeur (si applicable)	Téléphone de l'employeur (si applicable)	

SECTION C : INFORMATION SUR LES SOINS

Description de la maladie ou blessure (veuillez joindre un nouveau formulaire si l'espace ci-dessous est insuffisant) :

Date des premiers symptômes ou de la blessure (JJ/MM/AA) :

A l'assuré(e) déjà été soigné pour cette blessure ou maladie (similaire ou des suites de) ? Oui Non

Date à laquelle l'assuré(e) a consulté un physicien pour cette blessure ou maladie (similaire ou des suites de) (JJ/MM/AA) :

Veuillez fournir les dates du traitement et lister toutes les médications prises avant la date effective de la police d'assurance en cours :

Date de traitement (JJ/MM/AA)	Médication

SECTION D : MONTANT(S) DES SOINS

Nom du prestataire de santé	Raison pour la visite et diagnostic	Date de service (JJ/MM/AA)	Montant facturé (\$)	Montant payé (\$)

SECTION E : AUTORISATION ET CERTIFICATION

Certains souscripteurs de Lloyd's ("Lloyd's"), Intrepid 24/7™ ("Intrepid"), ses agents et ses administrateurs sont tenus de collecter et de conserver certaines informations personnelles et/ou médicales vous concernant dans le cadre de votre couverture d'assurance. Nous utilisons et divulguons ces informations uniquement dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance, service à la clientèle, évaluation et règlement des demandes de remboursement. Nous nous engageons à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des informations personnelles que nous collectons, utilisons, conservons et divulguons. Vos informations personnelles seront utilisées uniquement dans le but de vous fournir les services d'assurance demandés. Les politiques de confidentialité complètes de Lloyd's et d'Intrepid sont disponibles sur demande.

J'autorise tout médecin, hôpital, établissement fournissant des services médicaux ou liés à la santé, administrateur tiers, régime provincial, et tout autre assureur à divulguer et échanger avec Lloyd's, Intrepid, ou ses représentants, toute information (y compris les rapports et informations médicaux) requis pour traiter ma demande. J'autorise toute tierce partie à m'assister dans le cadre de ce processus de demande de remboursement à avoir accès à toutes les informations relatives aux réclamations pertinentes liées à l'adjudication de ma réclamation avec Lloyd's et Intrepid. J'autorise Intrepid à coordonner le paiement des prestations avec toute compagnie d'assurance qui pourrait avoir une responsabilité dans cette demande de remboursement et céder à Lloyd's et Intrepid toutes les prestations payables par d'autres sources pour les pertes couvertes par cette police, et autoriser et diriger ces payeurs directement à Lloyd's et Intrepid. En signant ce formulaire, je confirme ci-dessous être autorisé à agir au nom de l'un de mes dépendants à ces fins. Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Je certifie que les informations renseignées dans ce formulaire sont complètes, vraies et précises.

Nom de l'assuré(e) (en caractère d'imprimerie) :

Si l'assuré(e) est âgé(e) de moins de 16 ans, nom du parent/tuteur légal :

Signature de l'assuré(e) (si âgé(e) de moins de 16 ans, signature du parent/tuteur légal)

Signature du titulaire de la police de l'autre assurance mentionné dans la Section B (si applicable)

SECTION F : AUTORISATION DE PAYER

LA DEMANDE DE RÉCLAMATION EST PAYABLE À :

L'assuré(e) à l'adresse inscrite dans la Section A de ce formulaire Parent/tuteur Hôpital/Clinique Physicien

Autre : Si applicable, j'autorise le paiement à :

Date signé (JJ/MM/AA) :

EN CAS D'URGENCE, VEUILLEZ CONTACTER IMMÉDIATEMENT INTREPID 24/7™ :

1.866.883.9787

+1 416.640.7865

Sans frais au Canada et aux États-Unis

Appel à frais virés, où applicable

courriel : intrepid@intrepid247.com

DEMANDES DE REMBOURSEMENT :

Intrepid 24/7™

150 King St West, Suite 602 - PO Box 25,

Toronto ON M5H 1J9

claims@intrepid247.com

fax : +1 416.730.1878

1.866.883.9485

Sans frais au Canada et aux États-Unis

+1 416.640.7862

Appel à frais virés, où applicable