

**Ce formulaire est nécessaire,
que vous ayez payé des frais vous-même ou non.**

Ce formulaire de réclamation doit être rempli, signé et retourné à nos bureaux, au plus tard, 90 jours suivant votre retour dans votre province de résidence. Si vous éprouvez des difficultés à remplir ce formulaire, notre Service des réclamations est disponible pour répondre à toutes vos questions du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00. Composez sans frais le 1 800 268-9633 ou à frais virés le 819 377-1777.

VEUILLEZ INCLURE LES DOCUMENTS PERTINENTS SUIVANTS

- Les factures originales détaillées ou les reçus originaux détaillés
 - ✓ Notez que les photocopies ou coupons de caisse ne sont pas acceptés
 - ✓ **La franchise de 5 \$ US par ordonnance N'EST PAS REMBOURSABLE**
- **Une preuve*** de la **Date de départ** de votre province de résidence est requise pour toute réclamation sous le **PLAN ANNUEL**
*(carte d'embarquement, billet d'avion, reçu de carte de crédit ou confirmation obtenue aux douanes/immigration).

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ(E)

Nom et adresse de l'assuré(e) où le remboursement doit être expédié.

Prénom _____ Nom _____ # de police _____

No _____ Rue _____ # app. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone : (_____) _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
jj mm aa

No d'assurance maladie _____

Je souhaite être remboursé en : CAN USD

Possédez-vous une autre assurance voyage privée (groupe, retraité, Medicare, carte de crédit)? OUI NON

Compagnie : _____ N° de police : _____ Téléphone : (_____) _____

DÉPENSES ENGAGÉES

Inscrire les détails et les montants de vos dépenses. (S'il vous faut plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée.)

Nom du fournisseur des services médicaux (ou tout autre type de frais engagés)	Date du service reçu jj/mm/aa	Montant de la facture	Montant payé par vous	Devise
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

1. RÉCLAMATION POUR FRAIS MÉDICAUX (RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS)

- a) S.v.p., cocher les cases pertinentes : Maladie Accident Autre Spécifiez : _____
- b) Soins reçus : En cabinet/clinique En salle d'urgence d'un hôpital Lors d'une hospitalisation
- c) S.v.p., veuillez fournir les dates et un résumé des détails reliés à cette réclamation.

- d) Dans le passé, avez-vous été soigné(e) pour ces symptômes ou maladies : OUI NON

Si OUI, s.v.p., veuillez fournir les dates et endroits de consultation.

2. RÉCLAMATION POUR ALLER-RETOUR D'URGENCE (Section à remplir uniquement si applicable.)

Dans tous les cas, veuillez soumettre les reçus originaux pour le transport aérien incluant une photocopie des cartes d'embarquement.

- Réclamation pour : **Décès** (veuillez soumettre un certificat de décès ou rapport médical indiquant la cause du décès, résidents du Québec : le formulaire SP3 est requis)
- Hospitalisation** (veuillez soumettre un certificat médical indiquant la raison de l'admission ainsi que les dates d'admission et de congé)
- Sinistre** à votre domicile ou place d'affaires (veuillez soumettre les documents justificatifs tels que rapport de police, confirmation de votre assureur privé)

Montant réclamé pour le transport aérien : _____ \$

Nom du membre de votre famille immédiate

Date de naissance

Lien de parenté

Adresse de cette personne

Date d'admission à l'hôpital

Date du congé

Raison de l'admission

Date du décès

Cause du décès

Endroit où le décès a eu lieu

Dans les 6 mois précédant la date de votre départ initial, est-ce que cette personne :

A été hospitalisée? OUI NON Si OUI, dates et nom de l'hôpital : _____

Souffrait d'une maladie en phase terminale? OUI NON

Résidait dans un centre de soins longue durée/CHSLD? OUI NON

Si OUI, indiquez le nom et l'adresse de ce centre/CHSLD : _____

AUTORISATION ET ATTESTATION

Par les présentes, je cède à Tour+Med/La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance (l'Assureur) toute indemnité pouvant provenir d'autres sources pour les frais couverts par la présente police d'assurance. Je demande également à ces sources de faire parvenir à l'Assureur tout versement à l'égard de ma demande de règlement relativement à ces sinistres et les autorise à échanger des renseignements pour faciliter le processus.

J'autorise tout médecin, hôpital, autre professionnel de la santé, autre établissement de soins, sociétés d'assurance et toute autre personne qui m'a soigné ou examiné ainsi que toute autre source impliquée dans cette réclamation à communiquer à l'Assureur des renseignements médicaux me concernant ou tout autre renseignement nécessaire dans l'administration de cette réclamation. Je consens également à ce que l'Assureur communique ces renseignements à d'autres sources en vue de procéder à la coordination des prestations, le cas échéant.

Je certifie que je ne bénéficie d'aucune autre assurance que celles mentionnées dans ce formulaire de demande de règlement.

Je comprends que le fait de faire des déclarations erronées ou trompeuses relativement à une demande de règlement entraînera l'annulation de la police d'assurance.

J'atteste que les renseignements fournis à l'égard de la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, vrais, complets et exacts.

Une photocopie, un fac-similé ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Signature de l'assuré : _____

Date : _____