

SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Annulation et interruption de voyage

VOICI LES ÉTAPES POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

- Étape 1 . . . Rassembler toutes vos factures, cartes d'embarquement et preuves d'achat détaillées et tout autre document pertinent.
- Étape 2 . . . Demander une preuve de remboursement (partiel ou total) de votre fournisseur de service de voyage. Si vous n'avez reçu aucun remboursement, demandez-en la preuve écrite.
- Étape 3 . . . Compléter et signer le formulaire *Demande de règlement pour annulation et interruption de voyage*.
- Étape 4 . . . Faire compléter, signer et estampiller le Certificat Médical par le médecin traitant de la personne dont les troubles de santé sont à l'origine de cette demande de règlement.

Liste de contrôle

Avez-vous :

- Joint l'ensemble des factures originales, cartes d'embarquement et preuves d'achat ?
Les photocopies ne sont pas acceptées.
- Joint la preuve de remboursement ou de non-remboursement de votre fournisseur ?
L'absence de ce document pourrait retarder le traitement de votre réclamation.
- Complété et signé le formulaire *Demande de règlement pour annulation et interruption de voyage* ?
Tout formulaire incomplet sera retourné et retardera le traitement de votre réclamation.
- Joint le Certificat Médical complété, signé et estampillé par le médecin traitant de la personne dont les troubles de santé sont à l'origine de cette demande de règlement ?
L'absence de ce document pourrait retarder le traitement de votre réclamation.

NOTES IMPORTANTES

- Les documents ci-haut mentionnés doivent être reçus dans les 90 jours suivant votre retour de voyage.
- Les frais additionnels pour l'obtention de toute documentation sont votre responsabilité.

ENVOYEZ L'ENSEMBLE DE VOS DOCUMENTS À :

La Survivance-Voyage
Att : Département des réclamations
247, boul. Thibeau
Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

Pour un suivi de votre réclamation

Sans frais : 1-800-268-9633
Courriel : suivreclamation@tourmed.ca

247, boul. Thibeau, Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9
Téléphone : 1 800 268-9633, Télécopieur : 1 819 377-6069

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Participant

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance : _____ Sexe : M F
jj / mm / aaaa

Nom de l'employeur : _____

Courriel : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Téléphone à la maison : _____ Téléphone au travail : _____ Poste : _____

Destination : _____

Date prévue du départ : _____ Date prévue du retour : _____ **NO. CONTRAT:** _____
jj / mm / aaaa jj / mm / aaaa

Conjoint / Enfant à charge

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance : _____ Sexe : M F
jj / mm / aaaa

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance : _____ Sexe : M F
jj / mm / aaaa

TYPE DE SINISTRE

Veillez indiquer la raison pour laquelle vous soumettez une demande de règlement :
 Annulation de voyage Interruption
 Veillez décrire les événements qui ont entraîné l'annulation ou l'interruption de votre voyage.

*Instructions : Selon le motif, veuillez compléter les sections appropriées : **Maladie (1+4), Blessure (2+4), Décès (3+4), Autre cause (5)***

Section 1 Si le motif est une **maladie**, veuillez fournir les détails : _____
 Date à laquelle les premiers symptômes sont apparus : _____ Date à laquelle un diagnostic a été rendu : _____
jj / mm / aaaa jj / mm / aaaa

Section 2 Si le motif est une **blessure**, veuillez fournir les détails : _____
 Date de la blessure / accident : _____
jj / mm / aaaa
 Décrivez comment l'accident est survenu ou comment la blessure s'est produite : _____

Section 3 Si le motif est un **décès**, veuillez fournir les détails : _____
 Date du décès : _____ Cause du décès : _____
jj / mm / aaaa

Section 4 Nom de la personne malade, blessée ou décédée : _____ Votre lien de parenté : _____
 Médecin de famille de la personne malade, blessée ou décédée : Nom : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____

Section 5 S'il s'agit d'**autres circonstances**, veuillez fournir les détails : _____

Date du motif de l'annulation ou de l'interruption : _____
jj / mm / aaaa
 Date de la notification à l'agent de voyages : _____
jj / mm / aaaa

MONTANT DEMANDÉ (Veuillez fournir toutes les factures originales.)

Type de frais engagés (Billets d'avion, hôtel, etc.)	Date de l'occurrence jj / mm / aaaa	Montant payé	Devise	Montant remboursé par l'agent de voyage ou le fournisseur de services de voyages

Si la demande est admissible, les sommes que vous avez déboursées vous seront remboursées.
Vous demeurez responsable de tous les frais non couverts par votre police.

AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE

Bénéficiez-vous d'une autre assurance voyage par l'intermédiaire (cochez les cases pertinentes et précisez) :

d'une assurance individuelle

Nom de la compagnie d'assurance : _____ No de police : _____

d'une carte de crédit

Nom de l'institution financière : _____ Numéro de la carte : _____

Aucune

AUTORISATION ET ATTESTATION

Par les présentes, je cède à La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance (ci-après « *l'assureur* ») toute indemnité pouvant provenir d'autres sources, dont notamment, mais non exclusivement, des compagnies d'assurances, lignes aériennes, agences de voyages et toutes autres sources, pour les sinistres couverts par le présent contrat. Je demande également à ces sources de faire parvenir directement à *l'assureur* tout versement à l'égard de toute demande de règlement relative à ces sinistres. Par la même occasion, j'autorise ces sources et *l'assureur* à communiquer entre eux tout renseignement pertinent pour les fins de ce processus.

J'autorise *l'assureur* à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, et à utiliser, tout renseignement médical ou autres renseignements à mon sujet, détenus notamment mais non exclusivement, par tout médecin, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, ou tout autre organisme, institution, compagnie ou personne (ci-après « Tiers ») ayant des renseignements ou des documents pertinents pour les fins de l'étude de toute réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance. Je comprends que ces renseignements pourront être communiqués à ces Tiers, situés dans ma province de résidence ou à l'extérieur de celle-ci. J'autorise également *l'assureur* à recueillir tout enregistrement téléphonique relié à la souscription de ma protection d'assurance auprès de mon *représentant*.

Je comprends qu'à défaut d'autoriser La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance, à recueillir et à utiliser ces renseignements, cela pourrait engendrer une limitation/réduction des bénéfices ou le refus de la réclamation, tel que stipulé dans les termes et conditions de la police d'assurance. Une copie ou télécopie de cette autorisation est considérée comme valide autant que l'originale.

Je déclare être au fait des droits octroyés par la "Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé", dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels.

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

Je comprends que mon assurance sera sans effet si, avant ou après l'occurrence d'un sinistre, une personne a omis ou faussement déclaré des faits ou des événements entourant la présente demande de règlement.

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

Une photocopie, télécopie ou copie électronique de la présente autorisation est considérée comme valide autant que l'originale.

Nom au complet du réclamant (en lettre moulées s.v.p.) : _____
(si différent du participant)

J'autorise (nom du participant) _____ à accéder à tout renseignement pertinent à la demande de règlement, y compris un dossier médical, aux fins d'évaluation de la présente demande de règlement.

Signature du réclamant (si majeur) : _____

Date : _____
jj / mm / aaaa

Signature du participant : _____

Date : _____
jj / mm / aaaa

NOTES IMPORTANTES

- Les documents ci-haut mentionnés doivent être reçus dans les 90 jours suivant votre retour de voyage.
- Les factures sous forme de coupon de caisse ne seront pas considérées aux fins de remboursement.
- Les frais additionnels pour l'obtention de toute documentation sont votre responsabilité.
- Veuillez fournir des documents lisibles. Les photos ne sont pas acceptées.

ENVOYEZ L'ENSEMBLE DE VOS DOCUMENTS À :

La Survivance-Voyage
Att : Département des réclamations
247, boul. Thibeau
Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

Pour un suivi de votre réclamation

Sans frais : 1-800-268-9633
Courriel : suivreclamation@tourmed.ca