

## 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](mailto:suivreclamation@tourmed.ca)

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

**RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

**Proposant 1**

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

**Proposant 2**

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

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. POLICE :** \_\_\_\_\_  
jj / mm / aaaa jj / mm / aaaa

**TYPE DE SINISTRE**

Veuillez indiquer la raison pour laquelle vous soumettez une demande de règlement :

Annulation de voyage  Interruption  Retard

Veuillez 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 assurance collective par l'intermédiaire (cochez les cases pertinentes et précisez) :

de votre employeur  de l'employeur de votre conjoint  d'un régime de retraités  Aucune

Nom de l'employé / du retraité : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
jj / mm / aaaa

Nom de l'employeur / du groupe : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification et/ou de certificat : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous d'une autre assurance voyage ? Oui  Non

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de contrat / d'identification : \_\_\_\_\_

Possédez-vous une carte de crédit ? Oui  Non

Si le paiement a été effectué par carte de crédit, des indemnités peuvent être offertes par le biais de la carte. Veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'institution financière : \_\_\_\_\_ Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

## 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 ce formulaire de 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 patient (en lettre moulées s.v.p.) : \_\_\_\_\_  
(Si différent des Proposants 1-2)

J'autorise (nom de l'assuré) \_\_\_\_\_ 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 patient :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_  
jj / mm / aaaa

**Signature du proposant 1 :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_  
jj / mm / aaaa

**Signature du proposant 2 :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_  
jj / mm / aaaa

## NOTES IMPORTANTES

- Les factures sous forme de coupon de caisse ne seront pas considérées aux fins de remboursement.
- Les frais additionnels pour toute documentation de support sont sous 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. Thibeaudeau  
Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

#### Pour un suivi de votre réclamation

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