

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 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

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

Annulation de voyage Interruption Retard

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

(SUITE AU VERSO)

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 toute indemnité pouvant provenir d'autres sources pour les sinistres couverts par le présent contrat. Je demande également à ces sources de faire parvenir à La Survivance-Voyage 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 hôpital, médecin ou établissement médical à communiquer des renseignements médicaux me concernant à La Survivance-Voyage. Je consens également à ce que La Survivance-Voyage communique ces renseignements à d'autres sources en vue d'obtenir indemnisation auprès d'elles, le cas échéant.

Je certifie que ni moi-même ni la personne assurée ne bénéficions d'aucune assurance supplémentaire autres que celles énumérées ci-dessus.

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.

Une photocopie ou une copie télécopiée de la présente autorisation est aussi valide que l'original. J'atteste que les renseignements donnés à l'égard de la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, vraies et exactes.

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

Pour des renseignements concernant votre demande de règlement, communiquez avec La Survivance-Voyage : 1 800 268-9633