

## 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 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

(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 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 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 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

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