

AVANT de nous soumettre une demande de règlement en lien avec la COVID-19, avez-vous lu et confirmé que votre réclamation ne devrait pas d'abord être soumise à l'assureur de votre carte de crédit (voir le *Document d'instruction - en relation à la COVID-19* sur notre site web) ?

Veuillez noter que toute demande qui aurait dû être soumise cet assureur en premier vous sera retournée. Veuillez également noter que toute demande soumise, mais incomplète, ne pourra être traitée.

SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Annulation et interruption de voyage en lien avec la COVID-19

VOICI LES ÉTAPES POUR NOUS 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 . . . Si vos arrangements de voyages furent acquittés par carte de crédit, demandez une preuve de remboursement (partiel ou total) de votre compagnie de carte de crédit ou une preuve que votre carte de crédit ne vous offre aucune couverture Annulation/ Interruption de Voyage.

Étape 4 . . . Compléter et signer le formulaire Demande de règlement.

LISTE DE CONTRÔLE

Avez-vous :

- Toutes les factures originales;
- Preuves de paiement (relevé de la compagnie émettrice de la carte de crédit, relevé du compte bancaire, copie recto verso du chèque encaissé, reçu de carte de crédit ou carte de débit);
- État de compte de votre carte de crédit identifiant le type de carte détenue et montrant les frais portés à celle-ci, ainsi que les remboursements le cas échéant;
- Confirmation écrite de chaque fournisseur de service de la date de l'annulation;
- Confirmation écrite de chaque fournisseur de service de la pénalité imposée;
- Preuve écrite du refus de paiement de l'assureur de votre carte de crédit lorsque cette situation s'applique;
- Preuve de remboursement de chaque fournisseur de service;
- Billet ou titre de transport inutilisé, bon d'échange pour services hôteliers;
- Tout autre document pertinent.

NOTES IMPORTANTES

- Les documents ci-haut mentionnés doivent être reçus dans les 90 jours suivant votre annulation ou interruption de voyage. (Exceptions: les demandes devant être soumises à l'assureur de votre carte de crédit en premier.)
- 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

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

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 : H F
jj / mm / aaaa

Proposant 2

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance : _____ Sexe : H 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

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

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.

RENSEIGNEMENTS SUR LA TRANSACTION

Date de la facture : _____ Destination : _____
jj / mm / aaaa

Montant payé : _____ Montant réclamé : _____ Date de départ : _____ Date de retour : _____
jj / mm / aaaa jj / mm / aaaa

N° de facture ou de réservation (si disponible) : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA TRANSACTION

Mode de paiement

Cochez et remplissez toutes les réponses qui s'appliquent.

Argent comptant

Montant _____ Nom de la personne à qui l'argent a été remis _____ Date de remise (aaaa / mm / jj) _____

Carte de crédit

Montant _____ N° de la carte _____ Date d'expiration (mm / aa) _____

Nom du titulaire de la carte _____

Nom de la banque émettrice _____ Nom de la carte (vous pouvez également joindre une photo de votre carte) _____

Chèque

Montant _____ À l'ordre de _____

Autre, spécifiez : _____

Montant _____

REMBOURSEMENT PAR UN TIERS

Avez-vous effectué une demande de remboursement concernant le même évènement auprès d'un autre organisme ou d'une autre personne, incluant l'émetteur d'une carte de crédit?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer les renseignements suivants.

Nom de l'organisme ou de la personne _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Poste _____ Courriel _____

Avez-vous reçu un remboursement (qu'il ait été complet ou partiel) ?

Oui, spécifiez : _____
Montant

Non

Si, ultérieurement, vous recevez un remboursement complet ou partiel, et ce, peu importe la provenance de celui-ci (assurance, carte de crédit, agence de voyages, etc.), vous vous engagez à remettre ce montant à La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance, sans délai.

Oui, je m'engage

Signature du proposant _____

Date (aaaa / mm / jj) _____

MONTANT DEMANDÉ (Veuillez fournir toutes les factures originales.)

Type de frais réclamés (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 selon les termes et conditions de votre police d'assurance.
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 : _____

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.

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, exacts et complets.

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