

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 : _____ **POLICE NO. :** _____
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 / 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 : _____

Tél. : _____

Section 5

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

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

(SUITE AU VERSO)

MONTANT DEMANDÉ

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

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 Tour+Med/La Survivance 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 Tour+Med/La Survivance 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 Tour+Med/La Survivance. Je consens également à ce que Tour+Med/La Survivance 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, vrais et exacts.

Nom au complet du patient (en lettre moulées s.v.p.) : _____

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