

ASSURANCE ACCIDENT D'AVION ET ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT - FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Service des demandes de règlements de TIC

2100 – 250 Yonge Street
Toronto, Ontario, Canada M5B 2L7

Appels à frais virés de partout dans le monde : 416 340-8809
Appels sans frais du Canada et des États-Unis : 1 800 869-6747

INSTRUCTIONS

IMPORTANT

- Vous devez soumettre une preuve écrite de la demande de règlement dans les 90 jours suivant l'événement.
- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire ou pour l'émission de quelque document à l'appui sont à votre charge.
- Veuillez vous reporter aux procédures décrites dans le livret de la police.

EXIGENCES POUR L'ASSURANCE ACCIDENT D'AVION

- Le formulaire de demande de règlement entièrement rempli et signé par l'assuré ou, si celui-ci est décédé, par son exécuteur ou liquidateur testamentaire.
- Une copie de l'itinéraire de vol.
- Une copie du rapport d'incident dressé par la ligne aérienne ou l'administration aéroportuaire.
- Des copies de tous les rapports d'hôpital et rapports médicaux (le cas échéant).
- Le certificat de décès (s'il y a lieu).

EXIGENCES POUR L'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

- Le formulaire de demande de règlement entièrement rempli et signé par l'assuré ou, si celui-ci est décédé, par son exécuteur ou liquidateur testamentaire.
- Le rapport de police ainsi que toute déposition de témoins, le cas échéant.
- Le rapport du médecin légiste et le rapport d'autopsie.
- Le certificat de décès.
- Des copies de tous les rapports d'hôpital et rapports médicaux (le cas échéant).

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Prénom de l'assuré : _____ Nom de famille : _____

Homme Femme _____ Date de naissance : JJ/MM/AAAA _____

N° de police : _____ Téléphone : () _____ Télécopieur : () _____

Courriel : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Destination : _____

Date du départ : JJ/MM/AAAA _____ Date du retour : JJ/MM/AAAA _____

SECTION B : DÉTAILS DE L'ACCIDENT

Comment l'accident est-il survenu? _____

Quand l'accident est-il survenu? JJ/MM/AAAA _____ Heure : _____ a.m. / p.m.

Où l'accident est-il survenu? _____

SECTION C : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Cause du décès (s'il y a lieu) : _____

Détails de la ou des blessures ayant causé la mutilation : _____

SECTION C : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – SUITE

Veillez donner le nom et le numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Veillez donner le nom de votre médecin de famille : _____

Téléphone : () Télécopieur : () _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Signature de l'assuré : _____ Date : JJ / MM / AAAA

SECTION D : RESPONSABILITÉ CIVILE

L'accident est-il imputable à la négligence d'une autre personne ou entité? Oui Non Si oui, veuillez donner tous les détails :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : () N° de police : _____

Veillez fournir les renseignements suivants si votre demande de règlement est liée à un accident de la route.

Nom de la compagnie d'assurance automobile : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : () Numéro de police auprès de la compagnie d'assurance automobile : _____

Veillez fournir les renseignements suivants si votre demande de règlement est liée à un accident d'avion.

Nom du transporteur aérien : _____

Nom de l'assureur du transporteur aérien : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____

SECTION E : AUTORISATION ET ATTESTATION

TIC s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés et divulgués. Vos renseignements personnels ne seront utilisés que dans le but de vous dispenser les services d'assurance demandés. Pour obtenir un exemplaire de la politique de TIC en matière de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec nous.

J'autorise tout médecin, tout hôpital ou toute clinique qui offre des services médicaux ou de soins de santé, ainsi que tout assureur à divulguer et à échanger avec TIC ou ses représentants tout renseignement nécessaire au traitement de la présente demande de règlement. Je cède à TIC toute indemnité payable de quelque autre source pour les pertes encourues en vertu de la présente police et j'autorise et enjoins de tels payeurs à faire parvenir les montants d'indemnité directement à TIC. J'autorise aussi toute tierce partie qui m'aide dans le processus de la présente demande de règlement à accéder à tout renseignement pertinent à quelque demande de règlement aux fins d'évaluation de ma demande de règlement auprès de TIC. Je confirme que je suis autorisé à agir pour et au nom de mes personnes à charge à ces fins. Une copie 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 lettres moulées s.v.p.) : _____ Date : JJ / MM / AAAA

J'autorise le paiement de cette demande de règlement à (nom en lettres moulées) : _____

Signature de la personne assurée ou d'un représentant autorisé
(si la personne assurée est mineure, signature d'un parent ou du tuteur légal) : _____