

ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE 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

DIRECTIVES

IMPORTANT

- Veuillez vous reporter aux procédures décrites dans le livret de la police ou communiquer avec votre agent pour obtenir les détails relatifs aux exigences de votre demande de règlement.
- Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 30 jours suivant l'événement.
- Une preuve écrite de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 jours suivant l'événement.
- Les demandes de règlement ne peuvent être traitées avant que tous les documents, y compris le formulaire de demande de règlement, ne soient remplis et reçus par Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée (TIC). Les formulaires incomplets seront retournés et retarderont le traitement de votre demande de règlement.
- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire ou pour l'émission de quelque document à l'appui sont à votre charge.
- Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par un parent ou le tuteur légal dans le cas de personnes mineures.

EXIGENCES AVANT LE DÉPART

- Un formulaire dûment rempli de demande de règlement relative à l'annulation et à l'interruption de voyage, de même qu'un **certificat médical – Annulation et d'interruption de voyage**.
- Une copie du certificat de décès, le cas échéant.
- Une copie de la facture détaillée confirmant le prix de votre voyage (billets d'avion, frais d'hébergement, taxes, frais de service et toutes autres dépenses).
- Preuve de paiement (copie du relevé de carte de crédit, des chèques annulés ou reçus du voyageur).
- Les documents de voyage non utilisés (billets d'avion, récépissés de croisière, billets de train, etc.) si vous n'avez reçu le remboursement d'aucune autre source.
- Si vous avez reçu un remboursement du fournisseur de services de voyage, veuillez joindre une copie du relevé indiquant le remboursement reçu.

EXIGENCES APRÈS LE DÉPART

- Un formulaire dûment rempli de demande de règlement – Annulation et à l'interruption de voyage, de même qu'un certificat médical – Annulation et d'interruption de voyage.
- Une copie du certificat de décès, le cas échéant.
- Le coupon d'un nouveau billet acheté pour le retour, avec le reçu indiquant le montant payé.
- Les reçus originaux de frais accessoires relatifs à l'annulation le cas échéant (c'est-à-dire, frais d'hôtel, de repas, de taxi).
- Si des frais de modifications seulement ont été facturés, un reçu en indiquant le montant.
- Pour un forfait inutilisé, une copie de la facture originale, un relevé détaillé des frais liés au forfait non utilisé et une copie de l'itinéraire de voyage.

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Prénom de l'assuré : _____ Nom de famille : _____
 Homme Femme Date de naissance : JJ / MM / AAAA
Prénom du 2^e assuré : _____ Nom de famille : _____
 Homme Femme Date de naissance : _____
N° de police : _____ Téléphone : () _____ Télécopieur : () _____
Courriel : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Destination : _____
Date prévue du départ : JJ / MM / AAAA Date prévue du retour : JJ / MM / AAAA

SECTION B : TYPE DE SINISTRE

Veuillez indiquer la nature de la perte pour laquelle la demande de règlement est soumise : Annulation de voyage Interruption Retard

Si la perte est due à une **maladie**, veuillez fournir les détails :

Date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois : JJ / MM / AAAA

Date à laquelle l'état de santé a été diagnostiqué : JJ / MM / AAAA

Si la perte est due à une **blessure**, veuillez fournir les détails :

Date de la blessure ou de l'accident : JJ / MM / AAAA Décrivez comment la blessure s'est produite ou l'accident est survenu : _____

Si la perte est due au **décès**, veuillez fournir les détails :

Date du décès : JJ / MM / AAA Cause du décès : _____

Le lien que vous avez avec la personne malade, blessée ou décédée : _____

Nom du patient ou de la personne décédée : _____

Nom et adresse du médecin de famille du patient : Nom : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Nom et adresse de tout autre médecin qui peut avoir traité le patient au cours des 12 derniers mois.

Nom : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Si la perte est due à **d'autres circonstances**, veuillez fournir une description de la perte : _____

Date à laquelle la perte est survenue : JJ / MM / AAAA

Date de l'annulation auprès de l'agent de voyage ou du fournisseur de services de voyage : JJ / MM / AAAA

SECTION C : REMBOURSEMENT DES FRAIS DEMANDÉ

Les sommes que vous avez déboursées vous-même vous seront remboursées si la demande est admissible. Vous demeurez responsable de tous les frais non prévus par votre assurance.

Type de frais engagés (billets d'avion, hôtel, etc.)	Date de l'occurrence	Montant payé	Devise	Montant remboursé par l'agent de voyage ou le fournisseur de services de voyage
1.	JJ / MM / AAAA			
2.	JJ / MM / AAAA			
3.	JJ / MM / AAAA			
4.	JJ / MM / AAAA			
5.	JJ / MM / AAAA			

SECTION D : AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE

Quelle méthode de paiement a servi à l'achat de services de voyage prépayés? Comptant Par chèque Par carte de crédit

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 et adresse de la banque émettrice de la carte de crédit Nom : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Six premiers chiffres de la carte de crédit : _____ Date d'échéance : JJ / MM / AAAA

Nom du détenteur de la carte de crédit (en lettres moulées s.v.p.) : _____

Signature du détenteur de la carte : _____

Bénéficiez-vous de garanties d'assurance par l'entremise de votre assurance des propriétaires-occupants, assurance automobile ou de quelque autre source? Oui Non Si oui, veuillez donner les détails :

Régime	Nom et adresse de la compagnie d'assurance	N° de police	N° de téléphone
Assurance des propriétaires – occupants			()
Assurance des locataires			()
Assurance voyage autre que TIC			()
Autre			()

Avez-vous soumis une demande de règlement à une autre partie?

Oui Non Si oui, veuillez fournir une copie du règlement ou du refus.

Si vous n'avez pas rapporté la perte, veuillez en donner la raison : _____

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

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 encourue 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.) : _____

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

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

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

Signature du titulaire de l'autre police d'assurance citée à la Section D (le cas échéant) : _____

ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE CERTIFICAT MÉDICAL

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

NOTA : Le présent certificat doit être rempli par le médecin autorisé qui a traité le patient pour la maladie ou la blessure qui justifie la présente demande de règlement.
Les frais pour remplir ce formulaire incombent au patient.

Prénom du patient : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : JJ/MM/AAAA _____ N° de police : _____

Nom du voyageur, si autre que le patient : _____ Lien avec le patient : _____

Diagnostic ou état de santé qui justifie la demande de règlement : _____

Date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois : JJ/MM/AAAA _____

Date de la première consultation : JJ/MM/AAAA _____ Date à laquelle l'examen a débuté : JJ/MM/AAAA _____

Date à laquelle l'état de santé a été diagnostiqué : JJ/MM/AAAA _____

Date à laquelle le patient vous a informé de ses plans de voyage : JJ/MM/AAAA _____

Êtes-vous le médecin de famille du patient? Oui Non

Si non, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin de famille du patient :

Nom : _____

Adresse et n° de téléphone : _____

Le patient a-t-il déjà souffert de cet état de santé précédemment? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer ci-après les antécédents du patient à l'égard de cet état de santé ainsi qu'à d'autres états de santé qui y affèrent au cours des 12 mois précédant la présente visite :

Date de la visite	Symptômes ou diagnostic	Traitement administré
JJ/MM/AAAA		
JJ/MM/AAAA		

Veuillez indiquer la liste des médicaments prescrits actuellement au patient : _____

L'état de santé était-il lié à la consommation d'alcool, à un mauvais usage de médicaments ou à une blessure auto-infligée? Oui Non

Si oui, veuillez donner les détails : _____

Le patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Date d'admission : JJ/MM/AAAA Date du congé de l'hôpital : JJ/MM/AAAA

Nom de l'hôpital : _____

La visite était-elle liée à la grossesse? Oui Non Si oui, veuillez donner les détails : _____

Si oui, veuillez indiquer la date des dernières menstruations : JJ/MM/AAAA Date prévue de l'accouchement : JJ/MM/AAAA

Veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone de tout autre médecin qui a traité le patient ou qui vous a référé ce dernier :

Nom : _____

Adresse et n° de téléphone : _____

Date à laquelle le patient a été jugé incapable de voyager : JJ/MM/AAAA _____

Date à laquelle vous avez conseillé au patient de ne pas voyager : JJ/MM/AAAA _____

ATTESTATION DU MÉDECIN ET SIGNATURE

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente section sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

Signature du médecin : _____

Nom du médecin (en lettres moulées s.v.p.) : _____

Date : JJ/MM/AAAA Courriel : _____

Adresse civique : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____ Télécopieur : () _____

TAMPON DU MÉDECIN