

IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE AVANT DE CONTINUER
Avant de compléter ce formulaire, veuillez vous assurer de lire tous les éléments ci-dessous et de cocher ceux applicables à votre situation :

Avez-vous communiqué avec votre fournisseur de service (grossiste, transporteur, hébergement, etc.) afin d'obtenir un crédit ou un remboursement?

Avez-vous joint tous ces documents :

 Le formulaire de règlement **ENTIÈREMENT** rempli et signé
 Preuve d'annulation de votre voyage auprès du fournisseur
 La copie de tous les crédits et remboursements déjà obtenus
 Les factures détaillées de vos fournisseurs de service incluant leurs politiques d'annulation

 La preuve de paiement du voyage (tel qu'un relevé de votre carte de crédit ou compte bancaire)
 Les billets d'avion (si applicable)
 Formulaire de remboursement par dépôt direct rempli et signé (si applicable)

Informations sur le détenteur principal de la carte de crédit

Institution financière	7 premiers chiffres de la carte	3 derniers chiffres de la carte	No de dossier (optionnel)
Nom		Genre M F	
Prénom		Date de naissance Année Mois Jour	
Courriel		Téléphone 1	Téléphone 2
Adresse de correspondance No. Rue		Apt. Ville	Province Code postal
Est-ce que le détenteur réclame?		Oui Non	

Assurés réclament (autres que le détenteur)

Nom conjoint	Prénom	Genre M F	Date de naissance Année Mois Jour
Nom enfant à charge	Prénom	Genre M F	Date de naissance Année Mois Jour
Nom enfant à charge	Prénom	Genre M F	Date de naissance Année Mois Jour
Nom enfant à charge	Prénom	Genre M F	Date de naissance Année Mois Jour

Autres assurances

Est-ce que vous, votre conjoint ou votre enfant à charge détenez une autre assurance voyage? Oui Non *Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants.*

Assurance collective :

Titulaire _____ Compagnie d'assurance _____

Numéro de la police _____ Numéro de téléphone de la compagnie _____

Numéro d'identification _____

Assurance voyage avec une carte de crédit:

Détenteur de la carte _____ Nom de l'institution financière _____

Numéro de la carte

Autre assurance voyage:

Titulaire _____ Compagnie d'assurance _____

Numéro de la police _____ Numéro de téléphone de la compagnie _____

Avez-vous déjà initié une réclamation? Oui Non *Si oui, veuillez indiquer le numéro de dossier :* _____

IMPORTANT - Informations essentielles pour traiter votre demande

Date d'achat du voyage	Année Mois Jour	Coût du voyage	\$	Type de réclamation Annulation de voyage Retard ou annulation de vol Interruption de voyage Délai de retour Autre, spécifiez _____
Date de la demande d'annulation au fournisseur	Année Mois Jour	Montant réclamé	\$	
Date prévue de départ	Année Mois Jour	Destination prévue (ville et pays)		
Date prévue de retour	Année Mois Jour			
Veuillez expliquer la raison de votre annulation ou interruption (<i>si nécessaire, continuez sur une autre feuille</i>)				Avez-vous obtenu un remboursement ou un crédit de votre fournisseur de service? Oui Non
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				<p><i>Si oui, veuillez joindre la réponse du fournisseur de service et assurez-vous d'indiquer tous les remboursements et crédits obtenus dans le tableau ci-dessous.</i></p>

Frais réclamés (payés avec votre carte de crédit)

Description des frais	Fournisseur de voyage (grossiste, transporteur, achat en ligne, etc.)	Montant payé (CAD)	Remboursement ou crédit déjà reçu (CAD)	Montant réclamé (CAD)
Ex. : Forfait voyage	Grossiste ABC	1,000 \$	250 \$	750 \$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
				\$

Engagement, Autorisation et Subrogation

- J'atteste, par la présente, n'avoir reçu aucune indemnité qui ne soit ici déclarée pour la perte qui fait l'objet de cette demande.
- Je certifie que je n'ai en aucune façon causé ou cherché, directement ou indirectement, à causer cette perte. Je n'ai dissimulé ni déformé aucune circonstance ni aucun fait concernant la couverture ou son objet.
- Je cède à CanAssistance inc. toutes les prestations payables par des tiers pour des sinistres couverts au titre de la police. De plus, je demande à ces tiers de verser directement à CanAssistance inc. les prestations payables par suite de la présentation par CanAssistance inc. d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.
- Dans le but de permettre l'évaluation de ma demande de prestations, j'autorise les compagnies d'assurances, les compagnies aériennes, les agents de voyage et tout autre organisation ou personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur le sinistre ayant donné lieu à ma demande de règlement, à communiquer et transmettre ces renseignements à CanAssistance inc. De plus, j'autorise CanAssistance inc. à divulguer les renseignements qu'elle détient à mon sujet à l'assureur de ma police d'assurance voyage et à ses réassureurs, à ses vérificateurs internes et externes et à tout professionnel ou à toute organisation mandaté par CanAssistance inc. dans le cadre du traitement de ma demande de règlement.
- Je déclare par la présente que les déclarations qui précèdent avec leurs détails ainsi que les renseignements communiqués dans les documents annexés sont complets et exacts, sachant que toute fausse déclaration peut rendre nulle l'attestation ou la police d'assurance et entraîner le refus de ma demande de prestations.
- En considération des prestations qui seront payées conformément à mon contrat, je cède et subroge par les présentes à mon assureur, mes droits et recours contre quiconque et toute personne qui peut être responsable ou redevable des sommes, des dommages, pertes et/ou blessures subies par moi et/ou un ou plusieurs membres de ma famille, protégés en vertu de mon contrat, jusqu'à concurrence de tous les montants qui seront payés par mon assureur et subrogé ainsi mon assureur par les présentes dans tous mes droits et recours pour lesdits montants.
- Je m'engage à n'accepter aucun règlement sans l'approbation antérieure de mon assureur, à défaut de quoi tous les montants payés par mon assureur lui seront remboursés sans délai, et je m'engage et accepte de rembourser à mon assureur tout montant que je peux recevoir de quiconque et de toute personne qui peut être responsable ou redevable desdites sommes, dommages, pertes et/ou blessures ou de toute personne tenue pour elle, jusqu'à concurrence du montant payé par mon assureur.
- En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

Signature du détenteur de la carte ou héritier légal : _____ Date : _____

Signature du conjoint si celui-ci ou celle-ci réclame : _____ Date : _____

Signature de la personne à charge, si celle-ci réclame et est majeure : _____ Date : _____

ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AINSI QUE TOUS LES AUTRES DOCUMENTS REQUIS À CANASSISTANCE

Via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux. Nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux jusqu'à un an suivant le dépôt de la réclamation.

Par la poste:

CanAssistance, Service des règlements d'assurance voyage
CP 3888, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3L7

À remplir par le médecin. L'assuré est responsable de défrayer les frais engagés pour remplir ce formulaire.

N° de contrat, certificat ou identification

Identification du patient

Nom		Prénom		Sexe		Date de naissance		
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	année	mois	jour

Renseignements sur l'accident ou la maladie

Diagnostic ou nature de la blessure ou de la maladie : _____

Date de la blessure ou de l'apparition des premiers symptômes de la maladie : _____

Date de la première consultation : _____

La personne a-t-elle déjà souffert de cette maladie? Oui Non

Si oui, veuillez spécifier la date : _____

La personne a-t-elle été hospitalisée relativement à cette condition? Oui Non

Si oui, veuillez spécifier les dates : _____ au _____

Veuillez inscrire les dates d'examen ou de traitement pour cette condition depuis la première consultation :

année	mois	jour	année	mois	jour	année	mois	jour	année	mois	jour
-------	------	------	-------	------	------	-------	------	------	-------	------	------

Est-ce que cette condition est une complication d'une condition sous-jacente? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Est-ce que la personne vous a été référée par un autre médecin? Oui Non

Nom et adresse du médecin référant :

Si oui, veuillez indiquer la date de la référence : _____

Recommandation médicale quant à la capacité d'effectuer le voyage

Est-ce que la personne blessée ou malade est celle qui devait voyager? Oui Non

Si oui, est-ce que la personne était inapte à voyager en raison de cette maladie ou blessure? Oui Non

Veuillez indiquer la date à laquelle vous lui avez recommandé d'annuler son voyage : _____

Vous lui avez recommandé de ne pas voyager du _____ au _____

Précisez s'il y a d'autres raisons qui rendent cette personne inapte à voyager : _____

Commentaires

Identification et signature du médecin

Nom et adresse du médecin (en caractère d'imprimerie) : _____

Sceau du médecin

Spécialité : _____ Téléphone : _____

Date : _____ Signature du médecin : _____

AVIS IMPORTANT

Si votre demande de remboursement est admissible, par défaut un chèque sera émis au titulaire du contrat. Si vous préférez recevoir votre paiement par dépôt direct, veuillez remplir ce formulaire et joindre un spécimen de chèque.

Le versement des prestations par dépôt direct est un service sans frais et est avantageux à plus d'un égard :

- Vous évitez les délais des services postaux et les risques de perte.
- Les fonds virés à votre compte de banque ne sont pas retenus - contrairement à ceux déposés par chèque - et peuvent être retirés dès qu'ils sont déposés.

ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AINSI QUE TOUS LES AUTRES DOCUMENTS REQUIS À CANASSISTANCE

Via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux. Nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux jusqu'à un an suivant le dépôt de la réclamation.

Par la poste :

CanAssistance, Service des Règlements Voyage
CP 3888, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3L7

Identification du titulaire

Nom complet du titulaire

N° de contrat, certificat ou identification

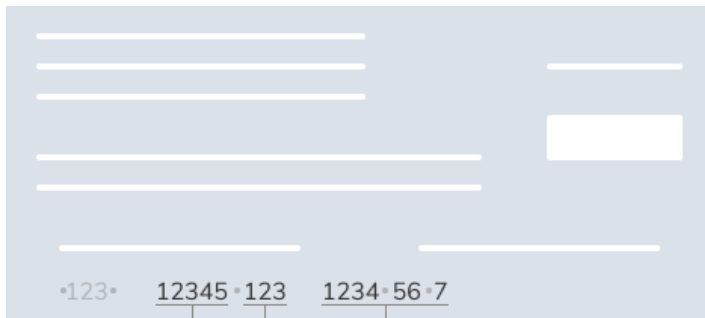
N° De dossier

Renseignements bancaires (Institutions financières canadiennes seulement)

Pour éviter des erreurs et des délais dans le paiement, veuillez joindre un spécimen de chèque. Il est aussi possible d'obtenir un spécimen de chèque en utilisant les services bancaires en ligne de votre institution financière.

Numérisez le document ou prenez-le en photo, en vous assurant que tous les renseignements sont lisibles.

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir un spécimen de chèque, veuillez compléter attentivement les sections ci-dessous.



•123• 12345 •123 1234 •56•7

1 - Numéro de transit (succursale) 2 - Numéro d'institution financière 3 - Numéro de compte

N° de transit

N° d'institution

N° de compte

Je demande que mes prestations soient versées par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans ce compte.

Signature du titulaire _____

Date _____