

**MARCHE À SUIVRE**

- A. Remplir les deux pages du formulaire « Demande de règlement – Garantie bagage »;**  
**B. Signer la section « Engagement et autorisation »;**  
**C. Dresser l'inventaire des articles volés ou endommagés ou des articles de toilette et des vêtements de première nécessité en cas de retard;**  
**D. Envoyer le formulaire dûment rempli ainsi que tous les autres documents requis à CanAssistance.**

*Via notre site sécurisé :*
[canassistance.com/fr/assures/depot](http://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, Règlement assurance voyage**
**1981, avenue McGill College, bureau 400, Montréal (Québec) H3A 2W9**

COMPAGNIE D'ASSURANCE

NUMÉRO DE GROUPE (optionnel)

NUMÉRO DE CONTRAT

NUMÉRO DE DOSSIER (optionnel)

**Titulaire de la police (ou détenteur principal de la carte de crédit)**

Nom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Prénom		Date de naissance année      mois      jour	
Courriel		Téléphone 1	Téléphone 2
Adresse de correspondance n°      rue		app.      ville	province      code postal
Est-ce que le titulaire réclame? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**Assurés réclamant (autres que le titulaire)**

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

**Engagement et autorisation**

- 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 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 titulaire de la police ou héritier légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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





**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.

Via notre site sécurisé :

[canassistance.com/fr/assures/depot](http://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  
1981, avenue McGill College, bureau 400, Montréal (Québec) H3A 2W9

**Identification du titulaire**

Nom complet du titulaire

No. de contrat

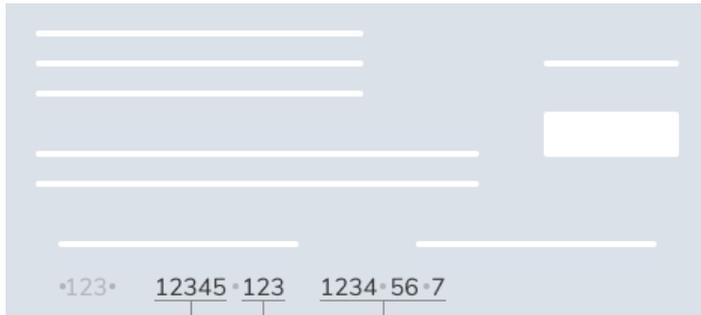
No. De dossier

**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.



No. de transit

No. d'institution

No. de compte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Signature du titulaire

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_