

*** AVIS IMPORTANT – GARANTIE ANNULATION ***

Ce document vous aidera à compléter votre demande de règlement pour une indemnité d'annulation ou d'interruption de voyage. Merci de le lire attentivement, car les renseignements exigés sont essentiels à l'étude de votre dossier.

Toute demande incomplète pourrait entraîner des délais dans le traitement de votre réclamation.

DOCUMENTS ESSENTIELS À SOUMETTRE POUR TOUTES RÉCLAMATIONS :

- formulaire « Demande de règlement – Garantie annulation » dûment complété et signé;
- lettre détaillant votre version des événements menant à la réclamation;
- **selon l'événement donnant lieu à la demande de règlement**
 - formulaire « Déclaration du médecin traitant - Garantie annulation » dûment rempli et signé par le médecin de la personne malade ou blessée
OU;
 - rapport médical complété par le médecin à destination justifiant la nécessité d'interrompre ou prolonger votre voyage
OU;
 - preuve documentaire attestant de la raison d'annulation/ interruption ou délai de retour (ex. : rapport de police, certificat de décès, attestation de la compagnie aérienne, rapport de sinistre, etc.)
- facture originale d'achat (agent de voyage, transporteur, Internet);
- billet(s) électronique(s);
- preuve de paiement du voyage (ex. : copie du relevé de compte de carte de crédit détaillant les transactions, copie du chèque encaissé, etc.);
- confirmation de l'annulation du voyage ainsi que des copies de tous les remboursements provenant d'autres fournisseurs de services.

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES À FOURNIR EN CAS DE :

Interruption/délai de retour :

- nouveau (x) billet (s) électronique ainsi que la facture et preuve de paiement;
- facture (s) originale (s) des frais supplémentaires engagés (si applicable).

Retard de vol/annulation de vol :

- lettre de la compagnie aérienne confirmant la raison du retard ou de l'annulation du vol;
- facture (s) originale (s) des frais supplémentaires engagés (si applicable)

Si vous n'êtes pas en mesure de joindre tous les documents requis, veuillez en expliquer la raison dans une lettre accompagnant votre demande. Au besoin, nous nous réservons le droit d'exiger des documents ou des renseignements supplémentaires.

Pour toute question relative à votre demande de règlement, n'hésitez pas à communiquer avec notre service à la clientèle au 514-286-8336, ou sans frais au 1-800-264-1852, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h (heure de l'Est).

Nous vous recommandons de faire une copie de vos pièces justificatives pour vos dossiers.

MARCHE À SUIVRE

- A. Remplir les deux pages du formulaire « Demande de règlement – Garantie Annulation »;**
B. Signer la section « Engagement et autorisation »;
C. Faire remplir et signer le formulaire « Déclaration du médecin traitant » par le médecin de la personne malade ou blessée si applicable;
D. Envoyer les formulaires dûment remplis ainsi que tous les autres documents requis à CanAssistance.

Par courriel :

reclamations@canassistance.com

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux.

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

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		ville province code postal	
n° rue		app.	
Est-ce que le titulaire réclame? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Assurés réclament (autres que le titulaire)

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

Engagement et autorisation

1. Je m'engage à céder par la présente, 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 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.

2. J'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des renseignements ou des documents à mon sujet ou au sujet d'un membre de ma famille sur mon état de santé ou celui d'un membre de ma famille (y compris tous renseignements médicaux antérieurs) à communiquer ces renseignements ou à transmettre ces dossiers à CanAssistance inc.

3. 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.

Signature du titulaire de la police ou héritier légal : _____ Date : _____

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

Informations sur le voyage

Date d'achat du voyage	année	mois	jour	Coût du voyage	\$	Type de réclamation <input type="checkbox"/> Annulation de voyage <input type="checkbox"/> Retard ou annulation de vol <input type="checkbox"/> Interruption de voyage <input type="checkbox"/> Délai de retour <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez _____
Date de la demande d'annulation au fournisseur	année	mois	jour	Montant réclamé	\$	
Veuillez expliquer la raison de votre annulation ou interruption :						

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 : _____

Si à la suite d'un décès

Nom de la personne décédée			Lien avec la personne décédée			Cause du décès					
Date du décès	année	mois	jour	Période d'hospitalisation, s'il y a lieu	année	mois	jour	au	année	mois	jour

Si à la suite d'une maladie ou d'un accident

Nom de la personne malade ou blessée			Lien de parenté avec la personne malade ou blessée			
Date à laquelle la maladie s'est déclarée ou l'accident est survenu	année	mois	jour	Nature de la maladie ou de l'accident		
Nom et adresse complète du médecin consulté						

Frais non remboursables et/ou frais supplémentaires réclamés

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

Veuillez utiliser une feuille additionnelle au besoin.

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

NUMÉRO DE CONTRAT

Identification du patient

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance 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 : _____	