

Annulation de Voyage

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom au complet: _____ Prénom: _____
Adresse: _____
Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____
Téléphone : _____ Numéro du jour : _____
Domicile : _____
Adresse électronique: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT ET LE VOYAGE

Date de départ: _____ Date de retour: _____
Diagnostic: _____
Décrivez les circonstances qui ont entraîné l'annulation de votre voyage : _____

Date de survenance de l'annulation: M _____ J _____ A _____

Nous pourrions avoir besoin de vos antécédents médicaux pour être en mesure de bien examiner votre demande de règlement. Veuillez indiquer les coordonnées de vos médecins au Canada.

Médecin de famille : _____ Téléphone: _____
Médecin en clinique d'urgence : _____ Téléphone: _____
Spécialiste au Canada : _____ Téléphone: _____

LISTE DES FRAIS

Description des frais engagés	Date de Survenance	Montant réclamé	Devise	Factures Originales Oui/Non

* Veuillez joindre une autre feuille si vous n'avez pas suffisamment de place pour fournir toutes vos dépenses.

* Si vos dépenses sont dans des devises différentes, veuillez les additionner séparément.

Montant Total : _____ Devise: _____

Montant Total: _____ Devise: _____

Directives de paiement (tous les paiements sont effectués par chèque en dollars canadiens)

Bien que je sois la personne assurée au titre de cette police, j'autorise Compagnie D'assurance RBC du Canada à verser les prestations au titre de cette demande de règlement.

(Je comprends que si cette partie n'est pas remplie, je recevrai le montant qui est payable)

Nom: _____
Adresse: _____

Veuillez remplir les deux côtés du formulaire

AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-Interruption de Voyage

La personne assurée doit remplir cette partie. Si l'assuré est un mineur, l'un des parents ou le tuteur légal peut remplir cette partie.

Êtes-vous, vous, votre conjoint ou vos parents (si vous êtes une personne à charge), couverts par une autre assurance que la nôtre ?

1. Autres régimes d'assurance voyage OUI NON - si OUI, veuillez remplir la **Partie 1** ci-dessous
2. Cartes de crédit (utilisées pour payer votre voyage) OUI NON - si OUI, veuillez remplir la **Partie 2** ci-dessous

Partie 1 — Pour vous aider à recevoir tous les paiements auxquels vous avez droit, nous assurerons en votre nom la coordination avec les autres assureurs.

Nom du titulaire : _____
Nom de la compagnie d'assurance : _____
Numéro de police : _____

Partie 2 — Pour vous aider à recevoir tous les paiements auxquels vous avez droit, nous assurerons en votre nom la coordination avec les autres assureurs ou avec l'émetteur de la carte de crédit qui offre des garanties semblables.

Nom du titulaire de carte : _____ Lien avec le titulaire de carte : _____
Type de carte de crédit : _____
Numéro de carte de crédit : _____

AUTHORISATION

- Par les présentes, j'assigne à **Compagnie D'assurance RBC du Canada** toute indemnité recouvrable d'autres sources pour les pertes couvertes par cette police. Je mandate aussi ces sources pour le paiement à **Compagnie D'assurance RBC du Canada** de mes réclamations soumises par **Compagnie D'assurance RBC du Canada** relativement à ces pertes. Une photocopie ou une copie télécopiée de cette autorisation est acceptée.
- Je reconnais que ma demande de règlement peut faire l'objet d'une étude et d'une enquête et j'autorise **Compagnie D'assurance RBC du Canada** ou ses agents autorisés à obtenir d'autres assureurs, institutions financières, prestataires de voyages, compagnies ou organismes privés ou publics toute documentation pouvant contenir des renseignements afférents à ma demande de règlement. J'autorise par ailleurs **Compagnie D'assurance RBC du Canada** à transmettre ces renseignements à des tiers dans le cadre de l'évaluation de ma demande de règlement.
- Je vous autorise à donner à **Compagnie D'assurance RBC du Canada** tout renseignement que vous possédez à mon sujet, pendant que je suis sous votre observation ou traitement, y compris mon passé médical, les diagnostics et les résultats d'examen. J'autorise par ailleurs **Compagnie D'assurance RBC du Canada** à transmettre ces renseignements à des tiers qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui me sont payables par d'autres sources, le cas échéant.
- Je consens par la présente à ce que les renseignements afférents à ma demande de règlement soient transmis aux personnes indiquées ci-dessous : (veuillez préciser la relation)

Nom: _____ Relation: _____
Nom: _____ Relation: _____

Nom en caractères d'imprimerie du demandeur/du représentant legal désigné: _____

Signature du demandeur/du représentant legal désigné

Date

Une copie de cette autorisation sera tout aussi valide que l'original.

Veuillez remplir les deux côtés du formulaire

Nom du (de la) patient(e) : _____
 Lien avec l'assuré(e) : _____
 Adresse du (de la) patient(e) : _____

 Nom de l'assuré(e) : _____
 Date prévue du départ : J _____ M _____ A _____
 Montant de la demande : _____

ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT
 (Le médecin traitant doit remplir l'attestation en entier lors de la consultation en clinique, en cabinet, en clinique externe ou en urgence de courte durée.)

Docteur : Votre attestation établira la validité de la demande d'indemnité. Veuillez la remplir en entier. S'applique aux personnes dont les troubles de santé sont à l'origine de l'annulation.

- Diagnostiques relatifs à la demande d'indemnité :
 1. _____ Date : J _____ M _____ A _____
 2. _____ Date : J _____ M _____ A _____
 (Par ordre d'importance) 3. _____ Date : J _____ M _____ A _____
1. S'agit-il d'une nouvelle affection? Oui Non. Si « Non », quand cette affection a-t-elle été diagnostiquée pour la première fois? Date : J _____ M _____ A _____
 2. Date de la première consultation pour les symptômes actuels : Date : J _____ M _____ A _____
 3. Le (La) patient(e) a-t-il (elle) reçu un traitement ou des conseils pour cette affection au cours de la dernière année? Oui Non.
 Si « Oui », précisez toutes les dates : _____
 4. Le (La) patient(e) prend-t-il (elle) des médicaments pour cette affection? Oui Non.
 Si « Oui », précisez lesquels : _____
 5. Quand les médicaments ont-ils été modifiés pour la dernière fois? Date : J _____ M _____ A _____
 Pourquoi? _____
 6. Quand les médicaments ont-ils été prescrits pour la première fois? Date : J _____ M _____ A _____
 7. Si le (la) patient(e) vous a été adressé(e) par un autre médecin, précisez le nom et numéro de téléphone du médecin : _____
 8. a) Le (La) patient(e) vous a-t-il (elle) fait part de ses projets de voyage? Oui Non. Précisez quand : Date : J _____ M _____ A _____
 b) Le (La) patient(e) a-t-il (elle) obtenu votre approbation pour le voyage? Oui Non.
 9. a) Si l'affection est attribuable à une grossesse, précisez la date prévue de l'accouchement : Date : J _____ M _____ A _____
 b) Si l'affection est attribuable à un accident, précisez la date de celui-ci : Date : J _____ M _____ A _____
 10. L'affection a-t-elle nécessité un suivi? Oui Non. Précisez les dates : _____
 11. Le (La) patient(e) a-t-il (elle) été hospitalisé(e)? Oui Non. Du _____ au _____
 Nom de l'hôpital : _____
 12. a) Selon votre opinion professionnelle, à partir de quelle date cette affection a-t-elle empêché le (la) patient(e) ou un membre de sa famille de voyager? Date : J _____ M _____ A _____
 b) Quand le (la) patient(e) ou le membre de sa famille a-t-il (elle) été avisé(e) d'annuler le voyage? Date : J _____ M _____ A _____
 c) Quand l'affection est-elle devenue suffisamment stable pour lui permettre de voyager? Date : J _____ M _____ A _____

Commentaires : _____

Nom du médecin traitant : (en caractères d'imprimerie) _____
 Signature du médecin traitant : _____ Date (J/M/A) _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province : _____ Pays : _____
 Code postal : _____ Téléphone : _____

TIMBRE DU MÉDECIN TRAITANT OU JOINDRE PAPIER À EN-TÊTE OU FEUILLE D'ORDONNANCE

Les frais facturés pour l'établissement de ce certificat médical sont à la charge de l'assuré.