

# Interruption de Voyage

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

### RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom au complet: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Day Time Phone: \_\_\_\_\_  
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'interruption de votre voyage: \_\_\_\_\_  
Date de l'interruption: 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 ARTICLES

| Description des frais engagés | Date de Survenance | Montant | Devise | Factures Incluse<br>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: \_\_\_\_\_

## 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'examens. 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 légal désigné:**

**Signature du demandeur/du représentant légal désigné :**

**Date**

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

**Veillez 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 :  
 (Par ordre d'importance)
1. \_\_\_\_\_ Date : J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_ Date : J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
  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.**