

#### 4 étapes pour faire une réclamation pour une annulation ou interruption de voyage

Étape 1 – Avisez immédiatement votre ou vos fournisseurs de voyage de votre annulation.

Étape 2 – Réunissez tous les documents nécessaires indiqués ci-dessous.

Étape 3 – Remplissez et signez le formulaire *Réclamation – Assurance annulation / interruption – Blessure et maladie* ci-joint.

Étape 4 – Envoyez tous les documents à Desjardins Assurances, à l'adresse inscrite sur le formulaire.

#### Documents à fournir

- Le formulaire *Réclamation – Assurance annulation / interruption – Blessure et maladie* ci-joint dûment rempli, signé et daté**  
Les formulaires incomplets seront retournés et le traitement de votre demande sera retardé.
- La section *Déclaration du médecin, remplie par le médecin consulté***  
Page 2 du formulaire *Réclamation – Assurance annulation / interruption – Blessure et maladie* ci-joint
- La ou les factures reçues lors de l'achat de votre voyage**  
Ce document doit indiquer le montant payé, les dates de voyage ou de séjour et les dépôts effectués (s'il y a lieu).
- La ou les preuves de paiement de votre voyage**  
Par exemple : une copie de votre relevé de carte de crédit ou un relevé bancaire
- Le ou les documents prouvant que vous avez annulé chacune de vos réservations de voyage**  
Ce document doit indiquer les montants remboursés, la date d'annulation et les crédits-voyage disponibles (s'il y a lieu).
- La preuve de remboursement de la ou des réservations de voyage**  
Par exemple : une copie de votre relevé de carte de crédit ou un relevé bancaire
- Les billets de transport non utilisés (s'il y a lieu)**
- Un spécimen de chèque, si vous désirez un paiement par dépôt direct**

#### Documents supplémentaires à fournir en cas de retard ou d'interruption de voyage

- La facture détaillée indiquant les montants payés pour apporter des changements à votre voyage**  
Par exemple : une facture détaillée du ou des nouveaux billets de retour, la portion terrestre non utilisée, etc.
- La ou les preuves de paiement du ou des nouveaux billets**  
Par exemple : une copie de votre relevé de carte de crédit ou un relevé bancaire
- Les factures originales et détaillées des frais de subsistance engagés (s'il y a lieu)**  
Par exemple : hôtel, repas, etc.




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

## A. Renseignements sur les assurés pour lesquels vous réclamez

### Renseignements sur le propriétaire du contrat ou le détenteur de la carte de crédit

Numéro de contrat ou de la carte de crédit	Numéro de téléphone à 10 chiffres (Pour vous joindre de jour)	Adresse de courrier électronique (Pour faire le suivi de votre demande au besoin)

 **Vous devez remplir le tableau ci-dessous pour chaque personne pour laquelle vous réclamez des frais.**

Nom	Adresse	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien de parenté avec le propriétaire du contrat ou le détenteur de la carte de crédit

## B. Renseignements sur le voyage

Raison de la réclamation (veuillez indiquer ce qui correspond à votre situation)

Annulation complète     Départ retardé     Correspondance manquée     Retour plus tard que prévu     Retour plus tôt que prévu

Dates prévues du voyage

du (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_ au (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_

Dates réelles du voyage (en cas de changement de date de départ ou de retour)

du (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_ au (AAAA-MM-JJ): \_\_\_\_\_

Date du 1<sup>er</sup> paiement ou du paiement total (AAAA-MM-JJ)

Date d'annulation auprès du fournisseur (AAAA-MM-JJ)

Avez-vous eu droit à un remboursement du fournisseur, y compris des crédits-voyage, que vous les ayez acceptés ou refusés?

Oui     Non    Si oui, indiquez le montant: \_\_\_\_\_

Indiquez le **montant** que vous nous réclamez

## C. Renseignements sur la cause de la réclamation

Veuillez préciser la cause et les circonstances de l'annulation (blessure, maladie ou autre) – Si vous manquez d'espace, vous pouvez joindre une feuille supplémentaire.

Veuillez préciser qui est malade, blessé ou décédé	Lien avec le ou les assurés

## D. Autre assurance

Êtes-vous couvert par un autre contrat d'assurance comportant une couverture pour annulation?  Oui     Non

Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

Nom de la compagnie d'assurance ou de la carte de crédit: \_\_\_\_\_ Numéro de police: \_\_\_\_\_

Avez-vous présenté une réclamation auprès de cette compagnie?  Oui     Non

## E. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès **d'agences de voyages, de grossistes, de compagnies aériennes**, de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli; d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier; e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties; f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements

personnels concernant mes personnes à charge ou (nom de la personne décédée, s'il y a lieu) \_\_\_\_\_ dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne visée par la déclaration médicale Date

## Déclaration médicale – Note au médecin

Merci de répondre aux questions suivantes concernant le diagnostic ou le trouble de la santé qui a causé l'annulation du voyage.

Réservé à Desjardins Assurances

Notre dossier numéro :



Les honoraires que pourrait exiger le médecin pour remplir cette déclaration sont à la charge de l'assuré.

## A. Déclaration du médecin consulté pour la maladie ou la blessure

Nom de votre patient

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

### Blessure ou trouble de santé qui justifie l'annulation du voyage

**Veillez noter que toutes les réponses ci-dessous sont en lien avec la blessure ou le trouble de santé qui a causé l'annulation du voyage mentionné plus haut.**

- Date de la blessure ou des premiers symptômes : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
- Date de la première consultation pour cette blessure ou ces symptômes : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
  - Le patient prenait-il déjà un ou des médicaments pour cette blessure ou trouble de santé?  Oui  Non
    - Si oui, précisez lequel ou lesquels et la date de prescription : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
    - Avez-vous modifié cette médication?  Oui  Non Si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
  - Avez-vous prescrit de nouveaux médicaments pour ce trouble de santé?  
 Oui  Non Si oui, précisez (nom, posologie et date) : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
  - Le patient a-t-il commencé un nouveau traitement (autre que médication) ou avez-vous recommandé un nouveau traitement?  
 Oui  Non Si oui, précisez lesquels et les dates : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
  - Le patient a-t-il subi des examens ou lui en avez-vous recommandés pour cette blessure ou ce trouble de santé?  
 Oui  Non Si oui, précisez lesquels et les dates : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
  - Le patient a-t-il subi des examens dont les résultats sont à venir?  
 Oui  Non Si oui, précisez lesquels et les dates : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
  - Le patient a-t-il subi une chirurgie ou lui a-t-il été recommandé de subir une chirurgie?  
 Oui  Non Si oui, précisez laquelle et la date : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
  - Le patient a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non Si oui, précisez la ou les dates : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
- S'il s'agit d'une grossesse, précisez la date prévue d'accouchement : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
- Le patient vous a-t-il été référé par un autre médecin?  Oui  Non Si oui, précisez :
  - Le nom et l'adresse : \_\_\_\_\_
  - La date à laquelle ce médecin vous a référé ce patient : \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ
- Avez-vous conseillé à votre patient de **ne pas** entreprendre son voyage?  Oui  Non Si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_  
AAAA-MM-JJ

## B. Identification du médecin consulté (en caractères d'imprimerie)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone à 10 chiffres : \_\_\_\_\_

X

Signature du médecin consulté

Date (AAAA-MM-JJ)

Spécialité

Sceau du médecin consulté ou joindre un document indiquant les coordonnées

## C. Identification du médecin de famille – Si différent du médecin identifié précédemment

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone à 10 chiffres : \_\_\_\_\_