

1 INFORMATION DE BASE

Nom	Prénom	N° de contrat	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Courriel		Téléphone	

2 INFORMATION NÉCESSAIRE AU RÈGLEMENT

Nom et adresse de toutes les personnes pour qui une demande est produite

1-	Date de naissance	Tél.	Lien de parenté
	A M J		
2-	Date de naissance	Tél.	Lien de parenté
	A M J		
3-	Date de naissance	Tél.	Lien de parenté
	A M J		

Nom de la personne malade, blessée ou décédée (joindre preuve de décès, si applicable)	Lien de parenté avec le(s) assuré(s)	Nature de la maladie ou de la blessure
--	--------------------------------------	--

Nom et adresse du médecin consulté	Date de la première consultation
	A M J

Code postal	
-------------	--

Est-ce que le voyage a été annulé pour une raison autre que médicale? Oui Non

Si OUI, précisez :

Avez-vous soumis un autre avis de sinistre auprès d'une autre compagnie d'assurance?	Si OUI, nom de la compagnie	N° de dossier
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Adresse	Code postal

3 VOL DE RETOUR (À compléter seulement si le vol de retour a été manqué en raison d'une maladie ou blessure.)

Nom de la compagnie aérienne pour le vol de retour	Lieu de départ du vol de retour	Date de retour	Destination du vol de retour
		A M J	

Classe de voyage (économie, affaires...)	Était-ce le plus bas tarif disponible?	Prix du billet (joindre copie du billet)	Le vol substitué était-il proposé par le grossiste?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI, date : A M J

4 INFORMATION DE VOYAGE

Nom de l'agence	Tél.
Adresse de l'agence	

Ville	Province	Code postal	Date d'annulation
			A M J

Destination	Montant réclamé	% de pénalité du grossiste
-------------	-----------------	----------------------------

5 AUTORISATION MÉDICALE

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à donner les renseignements personnels fournis dans le cadre de la réclamation à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») ainsi qu'à ses filiales.

Je reconnais que cette autorisation et ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer la présente réclamation et la couverture de la police d'assurance.

J'autorise tout autre assureur, réassureur, établissement financier, médecin, établissement médical, fournisseur de soins de santé, employeur, administrateur d'assurance collective, représentant ou courtier, toute agence d'investigation et d'évaluation du crédit et toute personne, tout organisme et toute entreprise susceptibles d'avoir des renseignements personnels pertinents à cette réclamation à les transmettre à la Société.

J'autorise la Société à échanger les renseignements fournis dans le cadre de la réclamation et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers en lien avec cette réclamation ou cette police d'assurance avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent aux fins désignées ci-dessus ou à toute autre fin autorisée par moi-même ou comme exigé par la loi.

Je confirme qu'une photocopie ou qu'une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

		A M J
Signature du preneur ou de l'ayant droit	Signature de toute personne assurée autre que le preneur	Date

*Pour éviter les retards, veuillez vous assurer d'envoyer cette section du formulaire dès que possible. La partie restante liée au médecin (si nécessaire) peut suivre à une date ultérieure.

Cette section doit être complétée uniquement si le voyage a été annulé ou interrompu suite à des raisons médicales.

6 DÉCLARATION DU MÉDECIN CONSULTÉ LORS DE L'ÉVÉNEMENT

Nom du patient		Âge	Sexe
Diagnostic de la maladie ou nature des blessures			
Pour la ou les maladies, affections ou blessures mentionnées ci-dessus, cette personne a-t-elle déjà :	a) reçu des traitements médicaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si OUI, précisez les périodes :
	b) fait usage de médicaments?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	c) consulté un médecin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Est-ce que l'état du patient était stabilisé et sous contrôle avant la date prévue du départ et si oui, depuis quand?			
Date de l'accident ou des premiers symptômes		Date de la première consultation s'y rapportant	
A M J		A M J	
		Le patient a-t-il déjà souffert de la même maladie auparavant?	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Si OUI, indiquez quand et détaillez :	
Ce patient vous a-t-il été référé par un autre médecin?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le patient n'est pas le voyageur			
Si OUI, précisez son nom :			
Son adresse :			
Date à laquelle ce médecin vous a référé ce patient :			
Ce patient était-il empêché de voyager à cause de cette maladie ou de cette blessure ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le patient n'est pas le voyageur			
Si OUI, indiquez la date où vous avez conseillé l'annulation du voyage :			
Si OUI, indiquez la durée de l'incapacité à voyager :			
Du A M J Au A M J			
Cette maladie ou blessure était-elle la seule cause de l'incapacité du patient à voyager?		Si NON, quelles sont les autres causes?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

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

7 IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom (En lettres moulées)		Prénom	Tél.
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Signature du médecin		Date	Spécialité