

**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](mailto:reclamations@canassistance.com)

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux.

Par la poste :

CanAssistance, Règlement assurance voyage

550, Sherbrooke Ouest, Bureau B-9, Montréal (Québec) H3A 3S3

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 réclamant (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 \$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
<b>TOTAL (CAD) :</b>				\$

Veuillez utiliser une feuille additionnelle au besoin.