



MARCHE À SUIVRE

N° DE POLICE :

Vous devez annuler votre voyage auprès de votre (vos) fournisseur(s) de services, soit l'agence, le grossiste, Internet ou la compagnie aérienne. Veuillez nous fournir les renseignements suivants :

 Agence
de voyages

Nom _____ Adresse _____

 Nom de l'agent _____ Indicateur régional + n° _____
 N° de téléphone _____

 Grossiste

Nom _____ Adresse _____

 Fournisseur
Internet

Nom _____ Adresse Internet _____

 Compagnie
aérienne

Nom _____

Si vous avez fait une réservation de siège, veuillez l'annuler et nous indiquer le montant remboursé _____ \$

Destination	Date d'achat du voyage	Date d'annulation auprès du fournisseur	Montant réclamé	% de pénalité du grossiste	Est-ce que tous les assurés de cette police annulent leur voyage?
Dates du voyage	Jour Mois Année	Jour Mois Année			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
du _____ au _____					

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ PRINCIPAL

Nom et adresse de toute personne pour qui une demande est produite	Date de naissance	Lien de parenté avec l'assuré
1- _____	Jour Mois Année	_____
2- _____	_____	_____
3- _____	_____	_____
4- _____	_____	_____

Cause de l'annulation

 Maladie, blessure (précisez) : _____ Autre (précisez) : _____

Personne à la source de l'annulation : _____ Lien de parenté avec le(s) assuré(s) : _____

Nom et adresse du médecin consulté

Date de la première
consultation

Code postal

Jour Mois Année

 Avez-vous présenté une réclamation auprès
d'une autre compagnie d'assurance? oui non

Si oui, nom de la compagnie

Numéro de police, d'identification et/ou de dossier

Je certifie que les renseignements donnés sont complets et véridiques.

Signature de l'assuré principal _____ Date _____

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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (l'assureur) : 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 la liste ne 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 (connu auparavant sous le nom Bureau de renseignements médicaux), des compagnies d'assurance, agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du 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 détiendrait déjà et dont l'objet est accompli. Le présent consen-

tement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs ou

 (Nom de la personne décédée) _____
 dans la mesure où ils sont visés par ma demande. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ 20_____

Signature du preneur
ou de l'ayant droit _____Signature de toute personne
assurée qui n'est pas preneur _____

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

DÉCLARATION DU MÉDECIN CONSULTÉ POUR CET ÉVÈNEMENT			NOTRE DOSSIER N° :				
Nom de votre patient(e)			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, avant cet évènement médical : Si oui, veuillez préciser les périodes.							
a) reçu des traitements médicaux?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____				
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	_____				
d) été hospitalisée?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____				
e) subi une opération?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____				
f) été avisée de le faire?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____				
L'état de cette personne était-il stable avant cet évènement médical (« Stable » signifie qu'il n'y a eu aucune hospitalisation ni aucun changement de traitement ou de posologie; dans le cas du diabète, la notion de stabilité de posologie ne s'applique pas.)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non							
Si oui, depuis quand? _____ Jour Mois Année							
Si non, précisez : _____							
Date de l'accident ou des premiers symptômes		Date de la première consultation s'y rapportant		Le patient a-t-il déjà souffert de la même maladie auparavant?			
Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	<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?			Si oui, précisez son nom : _____				
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> le patient n'est pas le voyageur	Son adresse : _____				
			Date à laquelle ce médecin vous a référé ce patient : _____				
Le patient était-il empêché de voyager à cause de cette maladie ou de cette blessure?			Si oui, indiquez la date où vous avez conseillé l'annulation du voyage : _____				
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> le patient n'est pas le voyageur	Si oui, indiquez la durée de l'incapacité à voyager				
			du _____ au _____				
Cette maladie ou blessure était-elle la seule cause de l'incapacité du patient de voyager?			Si non, quelles sont les autres causes?				
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non						
IDENTIFICATION DU MÉDECIN							
Nom et adresse du médecin (EN LETTRES MOULÉES)							

Code postal		Numéro de téléphone :		Indicatif régional + n°			
_____		_____		_____			
Signature du médecin		Date		Spécialité			
_____		_____		_____			

Merci de votre collaboration