



MARCHE À SUIVRE

N° DE POLICE :

Vous devez annuler votre voyage auprès de votre (vos) fournisseur(s) de services, c'est-à-dire l'agence, le grossiste, le fournisseur Internet ou la compagnie aérienne, et nous en fournir la preuve. Veuillez nous fournir les renseignements suivants :

<input type="checkbox"/> Agence de voyages	Nom _____	Adresse _____			
	Nom de l'agent _____		Indicatif régional + n° _____	N° de téléphone _____	
<input type="checkbox"/> Grossiste	Nom _____	Adresse _____			
<input type="checkbox"/> Fournisseur Internet	Nom _____	Adresse Internet _____			
<input type="checkbox"/> 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				

<input type="checkbox"/> Maladie, blessure (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> 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	
Déterminez-vous une autre police d'assurance comportant une couverture pour annulation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui :				
Nom de la compagnie d'assurance		N° de police, d'identification et/ou de dossier	Avez-vous présenté une réclamation auprès de cette compagnie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes.

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 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 (connu auparavant sous le nom Bureau de renseignements médicaux), de compagnies d'assurance, d'agents de renseignements personnels ou d'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 détient déjà et dont l'objet est accompli.

Le présent consentement 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? oui non

b) fait usage de médicaments? oui non

c) consulté un médecin? oui non

d) été hospitalisée? oui non

e) subi une opération? oui non

f) été avisée de le faire? oui 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.)? oui 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?	Si oui, indiquez quand et détaillez
Jour Mois Année	Jour Mois Année	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Ce patient vous a-t-il été référé par un autre médecin?

oui non

le patient n'est pas le voyageur

Si oui, précisez son nom : _____

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?

oui non

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 _____ au _____

Cette maladie ou blessure était-elle la seule cause de l'incapacité du patient de voyager?

oui non

Si non, quelles sont les autres causes?

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom et adresse du médecin (EN LETTRES MOULÉES)

_____ Code postal _____

Numéro de téléphone : _____ Indicateur régional + n°

Signature du médecin

Date

Spécialité

Merci de votre collaboration