

4 étapes pour faire une réclamation

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 – Faites-nous parvenir tous les documents en ligne ou par la poste :

En ligne

www.desjardinsassurancevie.com/envoi

Par la poste

Desjardins Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Vous avez des questions?

Appelez-nous au 1 855 368-6924

Documents à fournir

- ☐ Le formulaire Réclamation – Assurance annulation / interruption – Blessure et maladie, rempli, signé et daté
- ☐ La section Déclaration du médecin, remplie par le médecin consulté
Page 3 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 – Le dépôt direct peut seulement être effectué dans le compte du propriétaire du contrat.

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.

Pour éviter des délais

Assurez-vous de bien remplir le formulaire requis et de nous fournir tous les documents demandés

Si nous devons vous retourner le formulaire ou vous demander des documents manquants, le traitement de votre demande sera retardé.

Si vous n'êtes pas en mesure de joindre tous les documents demandés

Veuillez nous expliquer pourquoi sur une feuille accompagnant votre demande.



Notez que nous pouvons 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^{er} 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. Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

Ce consentement concerne seulement la personne qui a eu un trouble de santé ou une blessure.

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

- étudier une demande d'assurance de votre part
- gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
- traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demandeur un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire

 Veuillez signer ce formulaire à la page suivante

- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'examen médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs et notre filiale Assistel à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Après de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- des agences de voyages, des grossistes, des compagnies aériennes
- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

3. Si cette demande concerne une autre personne que vous

Pour un enfant mineur

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

Pour une personne décédée

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur cette personne.

En signant ce formulaire :

- vous autorisez Desjardins Assurances, ses réassureurs et sa filiale Assistel à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite
- vous déclarez que les renseignements que vous avez fournis dans celui-ci sont complets et véridiques

F. Signature

X _____
Signature de la personne qui a eu un trouble de santé ou une blessure

Date (AAAA-MM-JJ)

⚠ Si la personne qui devrait signer ci-dessus est un enfant mineur* ou est décédée, la personne qui réclame doit alors remplir l'encadré en vert ci-dessous :

* Aux fins de ce formulaire, cela signifie un enfant âgé de moins de 14 ans (au Québec) ou de moins de 16 ans (ailleurs qu'au Québec)

Prénom et nom de la personne qui réclame (en lettres majuscules)	Signature de la personne qui réclame X	Date (AAAA-MM-JJ)
Lien de la personne qui réclame avec l'enfant mineur ou la personne décédée, selon le cas :		
Lien avec l'enfant mineur :		Lien avec la personne décédée :
☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur ou tutrice (Québec)		☐ Liquidateur (exécuteur testamentaire)
☐ Représentant(e) légal(e) (provinces autres que le Québec)		☐ Autre : _____

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.

1. Date de la blessure ou des premiers symptômes (AAAA-MM-JJ) : _____

2. Date de la première consultation pour cette blessure ou ces symptômes (AAAA-MM-JJ) : _____

a) Le patient prenait-il déjà un ou des médicaments pour cette blessure ou trouble de santé? ☐ Oui ☐ Non

i. Si oui, précisez lequel ou lesquels et la date de prescription :

_____ AAAA-MM-JJ

ii. Avez-vous modifié cette médication? ☐ Oui ☐ Non Si oui, à quelle date?

_____ AAAA-MM-JJ

b) Avez-vous prescrit de nouveaux médicaments pour ce trouble de santé?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez (nom, posologie et date) :

_____ AAAA-MM-JJ

c) 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

d) 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

_____ AAAA-MM-JJ

_____ AAAA-MM-JJ

e) 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

_____ AAAA-MM-JJ

f) 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

g) Le patient a-t-il été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez la ou les dates :

_____ AAAA-MM-JJ

_____ AAAA-MM-JJ

3. S'il s'agit d'une grossesse, précisez la date prévue d'accouchement (AAAA-MM-JJ) : _____

4. Le patient vous a-t-il été référé par un autre médecin? ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

a) Le nom et l'adresse : _____

b) La date à laquelle ce médecin vous a référé ce patient (AAAA-MM-JJ) : _____

5. 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

Spécialité

Signature du médecin consulté

Date (AAAA-MM-JJ)

Sceau du médecin consulté ou joindre un document indiquant les coordonnées

X

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

Nom : _____ Numéro de téléphone à 10 chiffres : _____