



Le formulaire de réclamation au titre de l'assurance annulation ou interruption de voyage comporte sept sections :

- Section 1 : Renseignements sur le titulaire de carte principal ou le titulaire du certificat
- Section 2 : Renseignements sur le voyage
- Section 3 : Renseignements sur l'annulation ou l'interruption du voyage
- Section 4 : Sommaire des dépenses et des montants remboursés
- Section 5 : Autres protections
- Section 6 : Autorisation et déclaration
- Section 7 : Renseignements médicaux

Remarques

- Veuillez utiliser un stylo pour remplir le formulaire.
- Paraphez toutes les corrections ou modifications, y compris toute correction apportée avec du liquide correcteur.
- Il est obligatoire de remplir les sept sections; toute omission risque d'invalider votre réclamation ou d'en retarder le traitement.
- L'aide-mémoire ci-dessous vous aidera à remplir la réclamation et à réunir les documents nécessaires.
- Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec notre administrateur au 1-800-293-4941.

Directives pour le demandeur

Cochez la case une fois la tâche accomplie.

- Remplissez et signez le formulaire de réclamation ci-joint. Remarque : Votre réclamation doit être produite dans les 365 jours suivant la date de l'incident.
- Si le motif de votre réclamation est d'ordre médical, veillez à ce que les deux parties de la **section 7 – Renseignements médicaux** soient remplies.
 - Partie 1 – Renseignements sur le patient
 - Partie 2 – Déclaration du médecin traitant (doit être remplie et signée par un médecin praticien autorisé)
- Fournissez les documents suivants, s'il y a lieu, et cochez la case correspondante une fois le document inclus :
 - les originaux des documents suivants : reçus ou factures, bons d'échange et itinéraire indiquant en détail le coût de votre voyage;
 - votre relevé mensuel de carte de crédit confirmant que le voyage a été porté à votre compte;
 - les originaux des reçus ou des factures montrant les frais supplémentaires occasionnés par l'interruption ou l'annulation de votre voyage;
 - les originaux des billets d'avion inutilisés et des coupons de vos billets passagers pour le voyage de retour;
 - les originaux des billets ou une copie du relevé de remboursement du fournisseur de voyages;
 - le rapport médical du médecin traitant indiquant le diagnostic et le traitement ou encore le certificat médical ou le certificat de décès rempli.
- Conservez une copie des documents et du formulaire dûment rempli pour vos dossiers.
- Envoyez les originaux à l'adresse suivante :
 - Allianz Global Assistance
 - P.O. 277
 - Waterloo (Ontario) N2J 4A4
 - Télécopieur : 519-742-9471



Section 3 : Renseignements sur l'annulation ou l'interruption du voyage

Veillez consulter votre certificat d'assurance pour obtenir des précisions sur la couverture en cas d'annulation ou d'interruption de voyage. Les titulaires d'une carte de crédit doivent consulter la section « Assurance annulation de voyage et/ou assurance interruption de voyage » de leur contrat de titulaire de carte de crédit.

Motif de la réclamation :	<input type="checkbox"/> Médical (Veillez remplir la section 7)	<input type="checkbox"/> Décès (Veillez remplir la section 7 si notre administrateur le demande)	<input type="checkbox"/> Non médical (Ne s'applique pas aux titulaires d'une assurance annuelle)
Si Motif d'ordre non médical :	<input type="checkbox"/> Avis aux voyageurs	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Emploi/Travail
	<input type="checkbox"/> Retard d'un transporteur public – Conditions météo	<input type="checkbox"/> Retard d'un transporteur public – Défaillance mécanique	<input type="checkbox"/> Retard d'un véhicule privé
	<input type="checkbox"/> Autre : _____		
Source de la réclamation :	<input type="checkbox"/> Une personne assurée ou un titulaire de carte autorisé	<input type="checkbox"/> Un compagnon de voyage (non désigné dans le certificat)	<input type="checkbox"/> Un membre de la famille immédiate
	<input type="checkbox"/> Sans objet (avis aux voyageurs seulement)	<input type="checkbox"/> Autre _____	

Section 4 : Sommaire des dépenses

Remarque : Veuillez joindre au formulaire tous les documents d'annulation, toutes les preuves de remboursement ou de pénalité d'annulation ainsi que tous les reçus des dépenses effectuées.

Partie 1 : Renseignements sur le demandeur

	Nom du ou des demandeurs	Date de naissance	Lien avec le titulaire de carte principal ou le titulaire du certificat
1.	_____ (Nom de famille) (Prénom)	_____ (Jour/mois/année)	_____
2.	_____ (Nom de famille) (Prénom)	_____ (Jour/mois/année)	_____
3.	_____ (Nom de famille) (Prénom)	_____ (Jour/mois/année)	_____
4.	_____ (Nom de famille) (Prénom)	_____ (Jour/mois/année)	_____
5.	_____ (Nom de famille) (Prénom)	_____ (Jour/mois/année)	_____
6.	_____ (Nom de famille) (Prénom)	_____ (Jour/mois/année)	_____
7.	_____ (Nom de famille) (Prénom)	_____ (Jour/mois/année)	_____
8.	_____ (Nom de famille) (Prénom)	_____ (Jour/mois/année)	_____



9. _____
(Nom de famille) (Prénom) (Jour/mois/année)

10. _____
(Nom de famille) (Prénom) (Jour/mois/année)

Partie 2 : Sommaire des dépenses

Remarque : Veuillez entrer chacune de vos dépenses et conserver vos reçus.

Dépenses d'annulation de voyage (avant le départ) ou d'interruption de voyage (après le départ)

Description	Montant	Devise
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Partie 3 : Sommaire des montants remboursés

Remarque : Veuillez dresser la liste de tous les remboursements que vous avez déjà reçus des différents fournisseurs (transporteurs aériens, hôtels, voyagistes, etc.) ou d'autres assureurs. Par exemple : crédits au compte, remboursements en argent, bons d'échange pour un voyage ou des repas, etc.

Description	Montant	Devise
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Section 5 : Autres protections

Veuillez dresser la liste de toutes les autres assurances qui sont susceptibles de couvrir l'annulation ou l'interruption de voyage, y compris celles offertes dans le cadre des régimes d'avantages sociaux de votre employeur ou de votre syndicat, de votre régime de retraite, des avantages de voyage liés à vos cartes de crédit ou d'autres polices d'assurance voyage. Joignez une page supplémentaire, au besoin.

1. Nom de l'assureur : _____ N° de téléphone : _____

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

_____ (Ville) (Province) (Code postal)

Plafond cumulatif au titre de cette police? Non Oui \$ N° de groupe/police : _____ N° de certificat ou de carte de crédit : _____
(En cas de doute, communiquez avec notre administrateur) (veuillez préciser) **N° de carte de crédit : Donnez SEULEMENT les six premiers chiffres et les quatre derniers.**



TD Assurance

Assurance annulation et interruption de voyage de la TD

Nom du titulaire de carte principal ou du titulaire du certificat _____

2. Nom de l'assureur : _____ N° de téléphone : _____

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Plafond cumulatif au titre de cette police? Non Oui \$ N° de groupe/police : _____ N° de certificat ou de carte de crédit : _____
(En cas de doute, communiquez avec notre administrateur) (veuillez préciser) N° de carte de crédit : Donnez SEULEMENT les six premiers chiffres et les quatre derniers.

Nom du titulaire de carte principal ou du titulaire du certificat _____

Avez-vous soumis cette réclamation à une autre compagnie d'assurance? Non Oui _____
(veuillez préciser)

REMARQUE : Si vous êtes assuré en vertu d'un autre certificat ou d'une autre police, notre administrateur coordonnera le versement des indemnités avec l'assureur des polices susmentionnées.

Section 6 : Autorisation et déclaration

Nom de la personne assurée ou du titulaire de la carte : _____
(Nom de famille) (Prénom)

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

- J'autorise tout médecin, centre hospitalier ou fournisseur de soins médicaux qui m'a examiné ou traité à communiquer des renseignements sur mes antécédents médicaux, mes symptômes, ma prise en charge, mes examens ou mes diagnostics à la TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie), à son administrateur, Allianz Global Assistance (Allianz) ou à leurs représentants, et à échanger avec eux pour les besoins du règlement de la présente réclamation.
- J'autorise toute autre compagnie d'assurance à communiquer à TD Vie, à la Compagnie d'assurance habitation et auto TD et à Allianz ou à leurs représentants tout renseignement de nature médicale ou portant sur le versement d'indemnités en lien avec la présente réclamation et à échanger avec eux.
- Les renseignements liés à la présente réclamation qui sont communiqués à TD Vie, à la Compagnie d'assurance habitation et auto TD et à Allianz ou à leurs représentants seront utilisés pour enquêter sur la perte, évaluer l'admissibilité aux indemnités et administrer la présente réclamation et pour toute autre fin indiquée dans la Convention sur la confidentialité des renseignements personnels de la TD qui se trouve dans le certificat d'assurance. Nous enquêterons sur la réclamation et nous l'administrerons en consultant les dossiers existants de l'assureur et en échangeant des renseignements avec le soussigné et des tiers, conformément à la présente autorisation.
- Par la présente, j'autorise tout médecin, tout centre hospitalier, toute clinique, toute personne, tout organisme gouvernemental ou d'application de la loi, toute compagnie d'assurance, tout organisme d'indemnisation des travailleurs, tout



TD Assurance Assurance annulation et interruption de voyage de la TD

employeur actuel ou antérieur et toute autre entité qui détient des renseignements personnels ou médicaux sur la personne assurée ou, s'il y a lieu, toute personne à charge en vertu de la protection d'assurance, à fournir à TD Vie, à la Compagnie d'assurance habitation et auto TD et à Allianz, à leurs réassureurs et à leurs agents respectifs des renseignements complets (et des copies des documents pertinents) sur les dossiers personnels et médicaux de la personne assurée, y compris ses antécédents médicaux, des analyses toxicologiques et des rapports pathologiques, relativement à la réclamation. Cette information sera utilisée pour évaluer la réclamation et pour toute fin relative à ladite réclamation.

- J'autorise Allianz (y compris ses représentants ou ses filiales) à communiquer à TD Vie et à la Compagnie d'assurance habitation et auto TD tout renseignement concernant la présente réclamation qu'Allianz pourrait avoir en sa possession ou avoir obtenu auprès de tiers. Je comprends qu'en autorisant Allianz à obtenir auprès de tiers des renseignements au sujet de la présente réclamation, j'autorise également TD Vie et la Compagnie d'assurance habitation et auto TD à en obtenir une copie.
- J'autorise également TD Vie et la Compagnie d'assurance habitation et auto TD, leurs réassureurs et leurs agents respectifs à transmettre tout renseignement concernant la présente réclamation aux organisations susmentionnées aux fins d'évaluation de la réclamation. Ce consentement demeure valide pendant toute la durée de traitement de la réclamation.
- Je comprends que si je suis une personne à charge couverte par cette assurance, la personne assurée désignée aura accès aux renseignements concernant la présente réclamation pour les besoins de l'administration du régime.
- Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide pendant toute la durée de traitement de la réclamation, et ce, jusqu'à deux ans suivant la date de la signature. Je comprends que des renseignements à mon sujet pourraient être consultés dans le cadre d'un éventuel audit du présent régime.
- J'accepte d'offrir toute l'assistance nécessaire dans l'exercice des droits et recours de subrogation contre des tiers pouvant être responsables de la réclamation.
- Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente réclamation sont exacts, véridiques et complets. Je comprends que TD Vie et la Compagnie d'assurance habitation et auto TD peuvent refuser ma réclamation et annuler mon assurance si je fournis des renseignements fautifs, incomplets ou trompeurs.

Si je ne suis pas la personne assurée :

En autorisant par la présente la collecte de renseignements personnels sur la personne assurée en lien avec la présente réclamation, je, le soussigné, certifie que la personne assurée m'a dûment autorisé à permettre la collecte, l'utilisation et la communication de ses renseignements personnels, conformément aux autorisations susmentionnées, et que l'assureur et ses représentants peuvent se fier à mon autorisation et y donner suite.

Nom du représentant autorisé :

(Nom de famille)

(Prénom)

Adresse du représentant autorisé :

(Numéro)

(Rue)

(Ville)

(Province)

(Code postal)

Signature de la personne assurée
ou du représentant autorisé :

Date :

(Jour/mois/année)

Signature du patient :

(s'il ne s'agit pas de la personne
assurée)

Date :

(Jour/mois/année)

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire.

Pour obtenir de l'information complète sur vos protections, veuillez consulter votre certificat d'assurance. Les services d'assistance et d'indemnisation sont fournis par Allianz Global Assistance. Les garanties sont souscrites par TD, Compagnie d'assurance-vie et par la Compagnie d'assurance habitation et auto TD.



Section 7 : Renseignements médicaux

Remarque : Cette section est à remplir seulement si le motif de votre réclamation est d'ordre médical.

Partie 1 : Renseignements sur le patient

M. M^{me} M^{lle}

Nom : _____ Date de naissance : _____
(Nom de famille) (Prénom) (Jour/mois/année)

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Lien avec le titulaire de carte principal ou le titulaire du certificat : _____

Partie 2 : Déclaration du médecin traitant (doit être remplie et signée par un médecin praticien autorisé)

Remarque à l'intention des médecins

Le présent formulaire a été conçu pour tenir compte du point de vue du médecin. Étant exhaustif, il devrait permettre de réduire la tâche administrative du médecin. Veuillez remplir les sections qui se rapportent à votre patient.

Il incombe au patient, au titulaire de carte principal ou au titulaire du certificat de faire remplir le présent formulaire et de régler les frais exigés, s'il y a lieu.

Date de la première consultation : _____
(Jour/mois/année)

Diagnostic : _____

S'agit-il d'une nouvelle affection? Oui Non Dans la négative, à quelle date remonte le premier diagnostic? _____
(Jour/mois/année)

Date de la première consultation relative à l'apparition des symptômes de cette affection : _____
(Jour/mois/année)

Le patient a-t-il reçu un traitement ou des conseils relativement à cette affection au cours de la dernière année? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez toutes les dates : _____
(Jour/mois/année)

Le patient prend-il actuellement des médicaments pour cette affection? Oui Non



TD Assurance
Assurance annulation et interruption de voyage de la TD

Dans l'affirmative, indiquez le nom de ces médicaments : _____

Quand la médication a-t-elle été modifiée pour la dernière fois? _____ Pourquoi? _____
(Jour/mois/année)

Si le patient vous a été recommandé par un autre médecin, indiquez son nom et son numéro de téléphone : _____

Y a-t-il eu des traitements de suivi? Oui Non Dans l'affirmative, précisez les dates : _____
(Jour/mois/année)

Le patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Dans l'affirmative, du _____ au _____
(Jour/mois/année) (Jour/mois/année)

Nom de l'hôpital : _____

Si cette affection était attribuable à une grossesse, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de confirmation de la grossesse : _____ Date prévue de l'accouchement : _____
(Jour/mois/année) (Jour/mois/année)

Si le patient était en voyage, veuillez répondre à la question suivante :

Est-ce que vous ou le médecin traitant avez conseillé au patient d'annuler ses projets de voyage? Oui Non

Le patient n'était pas en état de voyager du _____ au _____
(Jour/mois/année) (Jour/mois/année)

(Si le patient n'est pas parti en voyage, veuillez joindre un document précisant le motif d'ordre médical de l'annulation.)

Déclaration

Les renseignements du présent formulaire sont, à ma connaissance, complets et véridiques.

Je consens à ce qu'on communique avec moi au sujet du patient susmentionné, y compris à transmettre une copie de son dossier médical, au besoin.

Signature du médecin traitant : _____ Date : _____
(Jour/mois/année)

N° de permis : _____

Nom du médecin traitant : _____
(Nom de famille) (Prénom, initiale)

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

N° de téléphone : () - N° de télécopieur : () -