

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom au complet : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ N° d'App : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____
 Téléphone : Domicile : _____ Bureau : _____ N° de Police : _____

Montant demandé et monnaie : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT ET LE VOYAGE

Date de départ : _____ Date de retour : _____ Date de survenance de l'événement : _____
 Nom du (de la) patient(e) : _____ Lien avec l'assuré(e) : _____
 Lieu de survenance de l'événement : (Ville, Pays) : _____
 Médecin(s) traitant(s) au Canada : _____
 Adresse : _____ Tél. : () _____ Téléc. : () _____
 Ville : _____ Pays : _____ Code Postal : _____

ANNULATION/INTERRUPTION DE VOYAGE

Décrivez les circonstances qui ont entraîné l'annulation/interruption de votre voyage : _____

Si vous annulez/interrompez votre voyage à cause de la maladie ou du décès d'un membre de votre famille, veuillez indiquer votre lien de parenté avec celui-ci : _____

Date de l'événement ayant causé l'annulation/interruption : J _____ M _____ A _____

Date à laquelle vous avez avisé votre agent de voyages ou le transporteur aérien : J _____ M _____ A _____

AUTORISATION AUX MÉDECINS, HÔPITAUX ET AUTRES FOURNISSEURS MÉDICAUX ET AUTORISATION ET DIRECTIVES PARTICULIÈRES

- Je vous autorise à donner à la Compagnie d'assurance RBC du Canada tout renseignement que vous possédez à mon sujet, pendant que je suis sous votre observation ou traitement, y compris mon passé médical, les diagnostics et les résultats d'exams. J'autorise par ailleurs la Compagnie d'assurance RBC du Canada à transmettre ces renseignements à des tiers qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui me sont payables par d'autres sources, le cas échéant.
- Par les présentes, j'assigne à la Compagnie d'assurance RBC du Canada toute indemnité recouvrable d'autres sources pour les pertes couvertes par cette police. Je mandate aussi ces sources pour le paiement à la Compagnie d'assurance RBC du Canada de mes réclamations soumises par la Compagnie d'assurance RBC du Canada relativement à ces pertes. Une photocopie ou une copie télécopiée de cette autorisation est acceptée.
- Je reconnais que ma demande de règlement peut faire l'objet d'une étude et d'une enquête et j'autorise la Compagnie d'assurance RBC du Canada ou ses agents autorisés à obtenir d'autres assureurs, institutions financières, prestataires de voyages, compagnies ou organismes privés ou publics toute documentation pouvant contenir des renseignements afférents à ma demande de règlement. J'autorise par ailleurs la Compagnie d'assurance RBC du Canada à transmettre ces renseignements à des tiers dans le cadre de l'évaluation de ma demande de règlement.

Nom du demandeur/patient : _____ Date : _____

(Écrire en caractères d'imprimerie)

J'autorise la Compagnie d'assurance RBC du Canada à verser les sommes directement à : _____ qui a réglé d'avance mes frais.

Signature du demandeur/patient : _____ Date : _____

(Le patient doit signer cette section s'il n'est pas d'âge mineur)

RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ASSURANCES**(Cette section doit être remplie par la personne assurée, ou les parents ou le tuteur si la personne assurée est un enfant.)**

Bénéficiez-vous d'une assurance collective par l'intermédiaire (cochez les cases pertinentes et précisez) :

 de votre employeur de l'employeur de votre conjoint d'un régime de retraités

Nom du membre du régime/de l'employé/du retraité : _____ Date de naissance : J _____ M _____ A _____ N° de la police/du régime : _____

Nom de l'employeur/du groupe : _____ N° d'identification (N° d'employé, de certificat, etc.) _____

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

Nom du conjoint : _____ Date de naissance : J _____ M _____ A _____ N° de la police/du régime : _____

Nom de l'employeur/du groupe : _____ N° d'identification (N° d'employé, de certificat, etc.) _____

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

Avez-vous droit à d'autres prestations par le biais d'une autre compagnie d'assurance voyage ou d'un prestataire de voyage ? Oui Non

Si oui, Nom et adresse : _____

Êtes-vous couvert par une (cochez les cases pertinentes): Assurance habitation Assurance automobile Autre assurance : _____

N° de la police : _____ Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

Possédez-vous une carte de crédit bancaire? (certaines cartes de crédit offrent des protections en voyage) Oui Non

Si oui, veuillez en préciser le numéro _____

Nom de l'institution financière : _____

Y-a-t-il un cotulaire? Oui Non Si oui, Nom : _____ Je certifie par la présente n'avoir aucune autre assurance voyage ou assurance soins médicaux à l'étranger.

Signature du demandeur : _____ Date : _____

CERTIFICAT MÉDICAL

Nom du (de la) patient(e) : _____
Lien avec l'assuré(e) : _____
Adresse du (de la) patient(e) : _____

Nom de l'assuré(e) : _____
Date prévue du départ : J _____ M _____ A _____
Montant de la demande : _____

ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT
(Le médecin traitant doit remplir l'attestation en entier lors de la consultation en clinique, en cabinet, en clinique externe ou en urgence de courte durée.)

Docteur : Votre attestation établira la validité de la demande d'indemnité. Veuillez la remplir en entier. S'applique aux personnes dont les troubles de santé sont à l'origine de l'annulation.

- Diagnostiques relatifs à la demande d'indemnité :
(Par ordre d'importance)
1. _____ Date : J _____ M _____ A _____
 2. _____ Date : J _____ M _____ A _____
 3. _____ Date : J _____ M _____ A _____
1. S'agit-il d'une nouvelle affection? Oui Non. Si « Non », quand cette affection a-t-elle été diagnostiquée pour la première fois? Date : J _____ M _____ A _____
2. Date de la première consultation pour les symptômes actuels : Date : J _____ M _____ A _____
3. Le (La) patient(e) a-t-il (elle) reçu un traitement ou des conseils pour cette affection au cours de la dernière année? Oui Non.
Si « Oui », précisez toutes les dates : _____
4. Le (La) patient(e) prend-t-il (elle) des médicaments pour cette affection? Oui Non.
Si « Oui », précisez lesquels : _____
5. Quand les médicaments ont-ils été modifiés pour la dernière fois? Date : J _____ M _____ A _____
Pourquoi? _____
6. Quand les médicaments ont-ils été prescrits pour la première fois? Date : J _____ M _____ A _____
7. Si le (la) patient(e) vous a été adressé(e) par un autre médecin, précisez le nom et numéro de téléphone du médecin :

8. a) Le (La) patient(e) vous a-t-il (elle) fait part de ses projets de voyage? Oui Non. Précisez quand : Date : J _____ M _____ A _____
b) Le (La) patient(e) a-t-il (elle) obtenu votre approbation pour le voyage? Oui Non.
9. a) Si l'affection est attribuable à une grossesse, précisez la date prévue de l'accouchement : Date : J _____ M _____ A _____
b) Si l'affection est attribuable à un accident, précisez la date de celui-ci : Date : J _____ M _____ A _____
10. L'affection a-t-elle nécessité un suivi? Oui Non. Précisez les dates : _____
11. Le (La) patient(e) a-t-il (elle) été hospitalisé(e)? Oui Non. Du _____ au _____
Nom de l'hôpital : _____
12. a) Selon votre opinion professionnelle, à partir de quelle date cette affection a-t-elle empêché le (la) patient(e) ou un membre de sa famille de voyager? Date : J _____ M _____ A _____
b) Quand le (la) patient(e) ou le membre de sa famille a-t-il (elle) été avisé(e) d'annuler le voyage? Date : J _____ M _____ A _____
c) Si les dates aux questions 12a et 12b diffèrent, veuillez expliquer pourquoi. _____

Commentaires : _____

Nom du médecin traitant : (en caractères d'imprimerie) _____
Signature du médecin traitant : _____ Date (J/M/A) _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Pays : _____
Code postal : _____ Téléphone : _____

TIMBRE DU MÉDECIN
TRAITANT OU JOINDRE
PAPIER À EN-TÊTE OU
FEUILLE
D'ORDONNANCE

Les frais facturés pour l'établissement de ce certificat médical sont à la charge de l'assuré.