

Annulation de voyage/Interruption de voyage Formulaire de réclamation



Service des sinistres :

Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company

Executive Plaza IV | 11350 McCormick Road, Suite 102 | Hunt Valley, MD 21031, États-Unis

Téléphone sans frais : (844) 800-2486 | **Télocopieur :** (443) 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Toute personne qui soumet sciemment une réclamation fausse ou frauduleuse dans le but de recevoir un paiement pour une perte ou d'obtenir une prestation, ou qui soumet sciemment de faux renseignements dans une proposition d'assurance est coupable d'un crime et pourrait être passible d'une amende et d'une peine de prison.



Doit être rempli par l'assuré ou l'invité

Nom de l'assuré ou de l'invité		N° de réservation
Adresse	Téléphone au travail	Téléphone au domicile
	Adresse de courriel	Date de naissance
Date du dépôt initial pour le voyage	Date de l'incident	Date d'annulation/d'interruption avec l'entreprise de gestion immobilière
Date de départ prévue	Date de retour prévue	Prévoyez-vous utiliser le bon du transporteur aérien dans l'année de l'annulation du billet original? ☐ Oui ☐ Non
Souscrivez-vous à un autre régime d'assurance-voyage?		Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom et l'adresse de cette compagnie
Nom du titulaire de domaine à bail du bien locatif et le nom de tous les invités occupant la propriété.		
Veuillez remplir ce qui suit et joindre la documentation requise (voir la page 2). Veuillez écrire clairement en majuscules. Veuillez présenter brièvement le motif de votre réclamation :		

À remplir par l'assuré ou l'invité si la réclamation est motivée par une maladie ou une blessure

Nom du patient	Date de naissance (mm/jj/aa)	Relation avec l'assuré ou l'invité	
Le patient prévoyait-il faire un voyage? (activités de voyage, croisière, vol, etc.)	Destination	Date de départ	
Date de la première apparition des symptômes (mm/jj/aa)	Première visite chez le médecin (mm/jj/aa)	L'accident avec blessure a-t-il impliqué un véhicule moteur? ☐ Oui ☐ Non	
Dans l'affirmative, dresser la liste de toutes les parties impliquées, les compagnies d'assurances et les numéros de polices.			
Un rapport de police a-t-il été soumis? ☐ Oui ☐ Non	Dans l'affirmative, veuillez identifier le service de police où le rapport a été soumis.		
Le patient a-t-il été traité pour ce problème de santé avant l'achat de l'assurance? ☐ Oui ☐ Non	Dans l'affirmative, quand?		
Si le voyage a été annulé en raison d'un décès, veuillez fournir une copie du certificat de décès et la relation avec l'assuré ou l'invité.			
Nom et adresse du médecin de famille qui a été le premier à traiter ce problème de santé	N° de téléphone du médecin	N° de télécopieur du médecin	
Nom et adresse du médecin de premier recours du lieu de résidence du patient	N° de téléphone du médecin	N° de télécopieur du médecin	
Nom et adresse du ou des autres médecins qui ont traité ce problème de santé et cette spécialité	N° de téléphone du médecin	N° de télécopieur du médecin	
Nom de l'hôpital (le cas échéant)	Date(s) de l'admission et de la sortie	N° de téléphone de l'hôpital	N° de télécopieur de l'hôpital
Indiquer l'autre couverture d'assurance-maladie, y compris le nom, l'adresse et le numéro de police :			
Veuillez inclure le nom de tous les médicaments d'ordonnance actuellement pris.			

Annulation de voyage/Interruption de voyage Formulaire de réclamation



Service des sinistres :

Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company

Executive Plaza IV | 11350 McCormick Road, Suite 102 | Hunt Valley, MD 21031, États-Unis

Téléphone sans frais : (844) 800-2486 | **Télécopieur :** (443) 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

Toute personne qui soumet sciemment une réclamation fausse ou frauduleuse dans le but de recevoir un paiement pour une perte ou d'obtenir une prestation, ou qui soumet sciemment de faux renseignements dans une proposition d'assurance, est coupable d'un crime et pourrait être passible d'une amende et d'une peine de prison.



Documents requis pour l'annulation du voyage

Tous les renseignements demandés ci-dessous sont requis pour le traitement de la réclamation de l'assuré ou de l'invité.

Toute omission de documents entraînera des retards dans le traitement.

- ✓ Vérification et documentation sur le motif de l'interruption, de l'annulation ou du retard de votre voyage. Si l'interruption résulte d'une cause médicale, veuillez soumettre la preuve du traitement médical au moment de l'interruption.
- ✓ La déclaration complète du médecin qui donne le traitement dans un cas de maladie ou de blessure.
- ✓ Veuillez inclure tous les reçus et preuves de paiement, comme des chèques annulés et des relevés de carte de crédit associés aux coûts de votre voyage. Veuillez inclure la preuve de paiement de l'assurance. Les documents requis incluent, mais sans s'y limiter, ce qui suit :
 - La facture de l'entreprise de gestion immobilière
 - La preuve de paiement de l'assurance.
 - Le coût total du transport (billets d'avion, de train ou d'autobus)
 - Le ou les billets d'avion non utilisés ou le reçu original
 - La déclaration du transporteur aérien indiquant les pénalités d'annulation
 - Le reçu ou le billet d'avion indiquant la mise à niveau de la dépense
 - Les remboursements et les bons reçus indiquant les remboursements
- ✓ Si la réclamation est motivée par un décès, veuillez fournir une copie du certificat de décès.
- ✓ Si le demandeur n'est pas un titulaire de domaine à bail, veuillez fournir une déclaration signée de la part du titulaire de domaine à bail avec la liste de tous les invités occupant la propriété de location.

Catégorie	Montant
Billet d'avion	_____ \$
Coût de la location	+ _____ \$
Total des dépenses	_____ \$
Moins les remboursements	- _____ \$
Total des montants de la réclamation	_____ \$

Autorisation de divulgation des renseignements

Les produits Trip Preserver sont souscrits par Arch Insurance Company.

À tout fournisseur de soins médicaux, institution de soins médicaux, assureur, régime de santé sous le parrainage du gouvernement ou employeur : J'autorise la divulgation de tous les renseignements médicaux me concernant à Arch Insurance Company ou à son représentant autorisé. Ceci s'applique à tous les renseignements sur le diagnostic, le traitement ou le pronostic de toute maladie ou blessure que j'ai actuellement ou que j'ai eus dans le passé. À toute compagnie d'assurances, organisation, agence de voyages, ou tout transporteur aérien, croisiériste, organisateur de voyages, agence de location, hôtel, motel ou toute entité similaire fournissant du logement sur une base de location, ainsi qu'à toute autre personne pouvant avoir des renseignements au sujet de cette réclamation : J'autorise la divulgation de tout renseignement requis au sujet de cette réclamation et de la perte rapportée.

L'entreprise utilisera ces renseignements pour déterminer si une réclamation est admissible. Tout renseignement obtenu ne sera pas divulgué par l'entreprise sauf à ma compagnie d'assurance principale (le cas échéant) ou aux personnes, ou aux organisations faisant enquête ou offrant des services juridiques pour l'entreprise en relation avec cette réclamation. Une copie de cette autorisation sera considérée comme étant aussi en vigueur et valide que l'original et doit rester en vigueur pendant une année à partir de la date d'autorisation. Je certifie que les renseignements que j'ai fournis pour soutenir ma réclamation sont exacts et véridiques. Il est entendu que toute personne qui sciemment et avec l'intention de commettre une fraude ou de tromper une compagnie d'assurances soumet une réclamation contenant des renseignements faux quant au fond, incomplets ou trompeurs pourra faire l'objet de poursuites pour fraude à l'assurance.

Signature du patient ou du représentant autorisé _____ Date _____

Dans le cas d'un représentant autorisé, la relation avec le patient _____

ou la désignation légale _____

Déclaration du médecin traitant

Service des réclamations : Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company
Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031

N° de téléphone : 1-844-800-2486 | **Télécopieur :** 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com



Section 1 : À remplir par le demandeur/assuré

À propos du demandeur

Nom du demandeur/assuré			Numéro de police	
Adresse (rue, ville, État/province, code postal/zip)				
Sexe	Homme ☐	Femme ☐	Date de naissance	Date de départ pour le voyage
			Date d'achat de la police	

À propos du patient - Remplir seulement si différent de l'assuré

Nom du patient		
Le patient voyageait-il avec l'assuré?	Oui ☐	Non ☐
Relation entre le patient et l'assuré		

Section 2 : À remplir par le médecin

À propos du diagnostic et du traitement

Diagnostic/Code ICD-9 (diagnostic primaire)		
Diagnostic/Code ICD-9 (diagnostic secondaire)		
Date d'apparition des premiers symptômes	Date de la première consultation par ce patient pour ce problème de santé	
Le patient a-t-il déjà eu ce problème auparavant?	Oui ☐	Non ☐
Si oui, quand?		
Ce problème est-il une exacerbation d'une complication résultant d'un problème existant?	Oui ☐	Non ☐
Si oui, quel était ce problème de santé?		
Si le patient a été recommandé <u>par</u> un autre médecin, nom et numéro de téléphone de ce médecin		
Si le patient a été recommandé <u>à</u> un autre médecin, nom et numéro de téléphone de ce médecin		
Date des consultations médicales liées au problème ayant causé l'annulation ou l'interruption du voyage.		
Date de la consultation	Décrire le problème/le traitement	
Le patient a-t-il été hospitalisé pour ce problème ou pour des problèmes connexes au cours des 12 derniers mois?	Oui ☐	Non ☐
Si oui, la date d'admission et la date de sortie?		

À propos du problème de santé dans son lien avec le voyage

L'assuré/le voyageur a-t-il été dans l'impossibilité de voyager à la date d'achat de la police indiquée dans la section 1 ci-dessus?	Oui ☐	Non ☐
Si le patient était le voyageur, avez-vous avisé le patient d'annuler ou d'interrompre le voyage en raison de ce problème de santé?	Oui ☐	Non ☐
Si oui, veuillez préciser :	Sinon, quelle était la date raisonnable d'annulation/interruption de voyage pour le patient?	
Date à laquelle vous avez avisé le patient d'annuler le voyage :		

Déclaration du médecin traitant



Service des réclamations : Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company
Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031

N° de téléphone : 1-844-800-2486 | **Télécopieur :** 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com



Section 2, suite : À remplir par le médecin

À propos du problème de santé dans son lien avec le voyage, suite

Si le patient n'était pas le voyageur, avez-vous avisé le voyageur d'annuler ou d'interrompre le voyage en raison du problème de santé du non-voyageur?		Oui ☐	Non ☐
Si oui, veuillez préciser :		Sinon, quelle était la date raisonnable d'annulation/interruption de voyage pour le patient?	
Date à laquelle vous avez avisé le voyageur d'annuler le voyage :			
Si le problème de santé était lié à la grossesse, quand cette grossesse a-t-elle été diagnostiquée?		Si le problème est lié à la grossesse, date prévue de l'accouchement	
Le patient a-t-il été hospitalisé au cours de son voyage? Oui ☐ Non ☐		Était-ce une admission en salle d'urgence? Oui ☐ Non ☐	
Nom et emplacement de l'hôpital			
Date d'admission		Date de sortie	

Renseignements sur le médecin et sa signature

Veuillez noter : Tous les renseignements demandés ci-dessus sont nécessaires pour le traitement de la demande du demandeur/de l'assuré. Tout élément omis entraînera un retard dans le traitement.

Veuillez joindre les copies des dossiers de bureau sur le patient pour les six mois précédant la date de départ pour ce voyage.

Toute personne qui tente sciemment ou qui a l'intention de nuire à, frauder ou tromper toute compagnie d'assurance, ou qui envoie une demande contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs pourra être déclarée coupable d'un acte criminel puni par la loi.

J'ai lu ce qui précède et les réponses ci-dessus sont exactes et complètes selon ma connaissance.

Signature du médecin		Date	
Nom du médecin			
Numéro de licence		Spécialité	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	