

# Formulaire de réclamation : Interruption de voyage, annulation de voyage et bagages

## INSTRUCTIONS

### IMPORTANT

- Veuillez noter que si le montant total de votre réclamation ne dépasse pas 500 \$ CA, il n'est pas nécessaire de remplir le formulaire de réclamation. Il suffit de soumettre vos reçus, factures et autres documents justificatifs ainsi que votre nom, votre numéro de police et votre adresse postale complète par courriel à l'adresse [studentclaims@studyinsured.com](mailto:studentclaims@studyinsured.com).
- Toutes les réclamations doivent être transmises au service d'assistance de StudyInsured<sup>MC</sup> dans les 30 jours suivant l'événement.
- Les preuves écrites à l'appui de la réclamation doivent être soumises au service d'assistance de StudyInsured<sup>MC</sup> dans les 90 jours suivant l'événement.
- Vous devez payer tous les frais facturés pour toute la documentation au soutien de votre réclamation.
- Le traitement d'une réclamation sera retardé si le présent formulaire n'est pas entièrement rempli et signé, ou si la documentation au soutien de la réclamation n'est pas déposée.

### SOUSSION DES RÉCLAMATIONS

- Remplissez toutes les sections et assurez-vous que le présent formulaire est signé avant de le soumettre au service d'assistance de StudyInsured<sup>MC</sup> avec l'ensemble des factures, des rapports de médecin, des rapports médicaux détaillant le traitement et les dates de traitement et des reçus de pharmacie pour les ordonnances. Conservez des copies pour vos dossiers.
- Les documents qui suivent sont exigés :
  - a. **Interruption de voyage pour raisons médicales** : un certificat médical rempli par le-la médecin traitant-e énonçant les raisons pour lesquelles le voyage n'a pas pu se dérouler comme prévu.
  - b. **Objets ou bagages endommagés, perdus ou volés** : un rapport de la police ou d'une autre autorité responsable établissant la raison du délai si la réclamation est fondée sur une correspondance manquée.

### AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ :

- Le service d'assistance de StudyInsured<sup>MC</sup> se réserve le droit de demander qu'un formulaire de réclamation soit rempli, peu importe le montant réclamé.

## SECTION A : REQUÉRANT·E OU PERSONNE ASSURÉE

### PERSONNE ASSURÉE

|                  |  |                              |  |                                |  |
|------------------|--|------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Nom de famille   |  | Prénom                       |  | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) |  |
| Numéro de police |  | Établissement d'enseignement |  | Homme    Femme    Non binaire  |  |
| Téléphone        |  | Cellulaire                   |  | Courriel                       |  |

### ADRESSE DU DOMICILE DE LA PERSONNE ASSURÉE

|                |                         |       |                  |      |                         |
|----------------|-------------------------|-------|------------------|------|-------------------------|
| Numéro d'unité | Nom de la rue et numéro | Ville | État ou province | Pays | Code ZIP ou code postal |
|----------------|-------------------------|-------|------------------|------|-------------------------|

### AYANT DROIT (S'IL NE S'AGIT PAS DE LA PERSONNE ASSURÉE)

|                |                         |                |                  |                                   |                         |
|----------------|-------------------------|----------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Prénom         |                         | Nom de famille |                  | Relation avec la personne assurée |                         |
| Numéro d'unité | Nom de la rue et numéro | Ville          | État ou province | Pays                              | Code ZIP ou code postal |
| Téléphone      | Cellulaire              | Courriel       |                  |                                   |                         |

### DÉTAILS DU VOYAGE

|                                    |                                    |                                                 |                                                                                  |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Date de départ prévue (JJ/MM/AAAA) | Date de retour prévue (JJ/MM/AAAA) | Date de la cause de l'interruption (JJ/MM/AAAA) | Date à laquelle le conseil scolaire a été informé de l'interruption (JJ/MM/AAAA) |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

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

|  |
|--|
|  |
|--|

## SECTION B : OBJETS OU BAGAGES PERDUS OU VOLÉS

Décrivez en détail tous les objets ou bagages perdus ou volés (joignez une liste séparée si cet espace est insuffisant) :

|  |
|--|
|  |
|--|

## SECTION C : AUTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

La personne assurée dispose-t-elle d'une autre assurance interruption de voyage, par exemple par l'intermédiaire d'un employeur ou d'une carte de crédit? ☐ Oui ☐ Non

**SI OUI**, fournissez les détails de l'autre couverture d'assurance :

|                                           |                         |                                            |                  |                        |                         |
|-------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------|------------------|------------------------|-------------------------|
| Compagnie d'assurances                    |                         | Numéro de la police ou du régime           |                  |                        |                         |
| Téléphone de l'employeur (le cas échéant) |                         | Numéro de carte de crédit (le cas échéant) |                  | Coordonnées du contact |                         |
| Numéro d'unité                            | Nom de la rue et numéro | Ville                                      | État ou province | Pays                   | Code ZIP ou code postal |

## SECTION D : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Description de la maladie ou des blessures de la personne assurée (si l'espace prévu est insuffisant, vous pouvez joindre des renseignements supplémentaires) :

|  |
|--|
|  |
|--|

Date à laquelle les symptômes ont fait leur première apparition ou à laquelle la blessure a été subie (JJ/MM/AA) :

|  |
|--|
|  |
|--|

La personne assurée a-t-elle déjà été traitée dans le passé pour la condition pertinente, ou une condition similaire ou connexe? Oui Non

Date à laquelle la personne assurée a rencontré pour la première fois un-e médecin en lien avec l'affection en question, ou une affection similaire ou connexe (JJ/MM/AAAA) :

|  |
|--|
|  |
|--|

### MÉDECIN TRAITANT-E

|                |                         |                                      |                  |      |                         |
|----------------|-------------------------|--------------------------------------|------------------|------|-------------------------|
| Nom complet    |                         | Nom de la clinique ou de la pratique |                  |      |                         |
| Numéro d'unité | Nom de la rue et numéro | Ville                                | État ou province | Pays | Code ZIP ou code postal |
| Téléphone      |                         | Télécopieur                          |                  |      |                         |

## SECTION E : DÉPENSES DE SANTÉ PERSONNELLES

| Nom du/de la prestataire | Date de service (JJ/MM/AAAA) | Montant facturé | Montant payé | Devise |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|--------------|--------|
|                          |                              |                 |              |        |
|                          |                              |                 |              |        |
|                          |                              |                 |              |        |
|                          |                              |                 |              |        |

## SECTION F : AUTORISATION DE PAYER

### CETTE RÉCLAMATION EST PAYABLE À :

Personne assurée Parent/Tuteur-ric(e) légale (nom complet) :

|  |
|--|
|  |
|--|

Hôpital/Clinique

Médecin

Autre : Le cas échéant, j'autorise le paiement de la présente réclamation à (écrire en caractères d'imprimerie) :

|  |
|--|
|  |
|--|

### MODE DE PAIEMENT - COMPTES BANCAIRES CANADIENS UNIQUEMENT

Chèque

Transfert électronique de fonds (pour les paiements par transfert électronique de fonds, veuillez remplir les champs ci-dessous et vérifier leur exactitude) **Voir exemple.**

|                                      |  |                                              |                                                   |                                                                       |  |
|--------------------------------------|--|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
| Nom de l'institution financière      |  | Nom du/de la titulaire du compte             |                                                   | Nom du/de la bénéficiaire (si différent du/de la titulaire de compte) |  |
| Adresse du/de la titulaire du compte |  |                                              |                                                   |                                                                       |  |
| Courriel du/de la bénéficiaire       |  | Numéro de transit (cinq chiffres uniquement) | Institution financière (trois chiffres seulement) | Numéro de compte (sept chiffres uniquement)                           |  |

Nom de la personne assurée  
(en caractères d'imprimerie)

Signature de la personne assurée ou du/de la tuteur-ric(e) légale (**SIGNEZ ICI**)

Date de la signature  
(JJ/MM/AAAA)

## SECTION G : AUTORISATION ET CERTIFICATION

Certains souscripteurs du Lloyd's (« Lloyd's »), le service d'assistance StudyInsured<sup>MC</sup> (« StudyInsured »), ses agent·e·s et administrateur·rice·s, sont tenu·e·s de collecter et de conserver certains renseignements personnels ou médicaux vous concernant dans le cadre de votre couverture d'assurance. Nous n'utilisons et ne divulguons ces renseignements qu'aux fins de l'administration de votre ou de vos police(s) d'assurance, de la prestation de services à la clientèle et de l'évaluation et du paiement des réclamations. Nous nous engageons à protéger le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels que nous recueillons, utilisons, conservons et divulguons. Vos renseignements personnels ne seront utilisés qu'aux fins de vous fournir les services d'assurance demandés. Les politiques complètes sur la vie privée de Lloyd's et de StudyInsured sont accessibles sur demande.

**J'autorise tout·e médecin, tout·e praticien·ne de la médecine, tout hôpital, toute installation fournissant des services médicaux ou liés à la santé, tout administrateur tiers, tout régime provincial et tout autre assureur à divulguer et à échanger avec Lloyd's, StudyInsured ou leurs représentant·e·s tout renseignement (y compris des données et des dossiers personnels sur la santé) nécessaire pour traiter la présente réclamation. J'autorise tout tiers qui me fournit de l'assistance lors du processus de la présente réclamation à accéder à tout renseignement de réclamation pertinent lié à la décision relative à ma réclamation auprès de Lloyd's et StudyInsured. J'autorise StudyInsured à coordonner le paiement des prestations avec toute société d'assurance qui pourrait avoir une obligation relativement à la présente réclamation et je cède à Lloyd's et à StudyInsured toute prestation due par d'autres sources pour les pertes couvertes par la présente police. J'autorise de tels payeurs à envoyer le paiement directement à Lloyd's et à StudyInsured et leur demande de le faire. Au moyen de ma signature ci-dessous, je confirme être autorisé·e à agir à ces fins au nom de toutes mes personnes à charge. Une photocopie de la présente autorisation sera tout aussi valide que le document original.**

**J'atteste que les renseignements fournis relativement à la présente réclamation sont complets, véridiques et exacts.**

Nom de la personne assurée (en caractères d'imprimerie)

Si la personne assurée a moins de 16 ans, nom complet du parent ou du·de la tuteur·rice légale (en caractères d'imprimerie)

Signature de la personne assurée (si la personne assurée a moins de 16 ans, signature du parent ou du·de la tuteur·rice légale)

Signature du·de la titulaire de la police d'une autre assurance dans la section B (le cas échéant)

## SECTION H : AUTORISATION DE PAYER

### CETTE RÉCLAMATION EST PAYABLE À :

La personne assurée (à l'adresse apparaissant à la section A ci-dessus)

Au Parent ou au·à la tuteur·rice légale (nom complet) :

  

Autre : Le cas échéant, j'autorise le paiement de la présente réclamation à (écrire en caractères d'imprimerie) :

Date de la signature  
(JJ/MM/AAAA) :

## SOUSSION DES RÉCLAMATIONS :

Service d'assistance StudyInsured<sup>MC</sup>  
150, rue King Ouest, bureau 602, C.P. 75,  
Toronto (Ontario) M5H 1J9

**studentclaims@studyinsured.com**  
**Télécopieur : 1 416 730-1878**

1 866 883-9485  
Sans frais depuis les États-Unis et Canada.

1 416 640-7862  
À frais virés, lorsque le service est offert