

## Questionnaire d'assurance voyage

Police : \_\_\_\_\_ Division : \_\_\_\_\_ Certificat : \_\_\_\_\_  
Prénom et nom de la personne assurée : \_\_\_\_\_  
Prénom et nom de la personne malade ou blessée (si différent de la personne assurée) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance de la personne malade ou blessée : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Lien de parenté de la personne malade ou blessée avec la personne assurée.  conjoint de fait  enfant à charge de moins de 21 ans  
 conjoint marié  enfant à charge de plus de 21 ans

**Veillez prendre note que des réponses claires et précises à toutes les questions accélèrent le règlement des réclamations. Assurez-vous également de conserver une copie de vos pièces justificatives.**

1. Les soins faisant l'objet de la demande sont-ils à la suite d'un accident ou d'une maladie?  Oui  Non  
Préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Lieu de l'accident ou de la maladie : \_\_\_\_\_
3. Date et heure de l'accident ou de la maladie : \_\_\_\_\_
4. Comment l'accident ou la maladie s'est-il/elle survenu(e)? (fournir les détails) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Nature de la blessure ou maladie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_
7. Date de départ du Canada : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date de retour prévue au Canada au moment du départ : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date de retour au Canada : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
8. Date de la première consultation pour cet accident : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date d'hospitalisation : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
9. Êtes-vous couvert par une assurance voyage souscrite auprès d'un autre assureur ou une assurance d'une carte de crédit à part l'assurance-maladie de votre province de résidence?  Oui  Non  
Si oui, Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_  
Nom de l'assurance de la carte de crédit : \_\_\_\_\_  
Numéro de la police : \_\_\_\_\_  
Personne(s) assurée(s) : \_\_\_\_\_

## Autorisation

(nom du patient en imprimerie)

Par la présente, j'autorise la transmission à Assomption Vie de tous renseignements en votre possession sur \_\_\_\_\_  
recueillis pendant que cette personne était sous observation ou sous vos soins, y compris les antécédents médicaux, constatations et diagnostics.  
Une photocopie de la présente autorisation à la même valeur que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne malade ou blessée (parent ou tuteur légal si la personne à charge est mineure)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

Je certifie que les renseignements donnés ici sont complets et véridiques.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée (parent ou tuteur légal si la personne à charge est mineure)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)