UV ASSURANCE

ASSURANCE COLLECTIVE

Demande de règlement, garantie, annulation ou interruption de voyage

Important : Remplir en lettres moulées et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à l'analyse de la demande de règlement, garantie, annulation ou interruption de voyage.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- Procéder à une identification;
- Établir et mettre à jour les informations ainsi que les besoins de la personne concernée, le cas échéant;
- Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment quant aux règles fiscales ainsi que la prévention, la détection et la répression des infractions, des cybermenaces et de la fraude.

Les renseignements divulgués dans ce formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsable du traitement de la demande, ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Section B – Identification

Employeur

1. Employeur _____ N° de groupe _____ N° de certificat _____

Employé

2. Prénom _____ Nom _____
3. Date d'achat du billet ou forfait A M J
4. Date à laquelle vous avez demandé une annulation A M J
5. Coût du billet ou voyage* _____ $
6. Raison du séjour ☐ Vacances ou séjour saisonnier ☐ Travail ☐ Études ☐ Visite familiale
7. Veuillez expliquer la raison de votre annulation _____

* Veuillez annexer une copie de votre paiement (ex.: chèque, état de compte de la carte de crédit, mandat, etc.)

Section C – En cas de décès

Veuillez indiquer les informations de la personne décédée et annexer la copie du certificat de décès.

1. Prénom _____ Nom _____
2. Lien de parenté _____
3. Date de décès A M J 4. Cause de décès _____
5. Date d'hospitalisation s'il y a lieu : Du A M J au A M J

Section D – En cas de maladie ou d'accident

Veuillez indiquer les informations de la personne malade ou blessée.

1. Prénom _____ Nom _____
2. Lien de parenté _____
3. Date à laquelle la maladie s'est déclarée (s'il y a lieu) A M J
   Nature de la maladie _____
4. Date à laquelle l'accident est survenu (s'il y a lieu) A M J
   Nature de l'accident _____

Section D – En cas de maladie ou d'accident (suite)

Veuillez indiquer les informations de la personne malade ou blessée.

Médecin traitant au Québec ou dans une autre province

5. Prénom _____ Nom _____
   Clinique médicale _____
   Adresse _____
   Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

Médecin traitant à l'endroit où les soins ont été donnés

6. Prénom _____ Nom _____
   Clinique médicale _____
   Adresse _____
   Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

Section E – Remboursement obtenu via la FICAV (pour les résidents du Québec seulement)

1. Avez-vous acheté votre voyage auprès d'une agence de voyage titulaire d'un permis de l'Office de la protection du consommateur?
   ☐ Oui ☐ Non
2. Avez-vous fait une demande de remboursement auprès du Fonds d'indemnisation des clients des agents de voyages (FICAV)?
   ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, à quelle date? A M J
3. Quel montant avez-vous reçu?* _____ $

* Veuillez annexer la copie du document accompagnant votre remboursement (note de crédit)

Section F – Remboursement obtenu via tout autre fournisseur de services

Note : Veuillez noter qu'un crédit voyage, ou la possibilité de modifier la date du voyage sont considérés comme un remboursement.

1. Avez-vous fait une demande de remboursement auprès de votre agence de voyages, d'une ligne aérienne ou de tout autre fournisseur de services pour la portion remboursable du voyage? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, à quelle date? A M J
2. Quel type de remboursement avez-vous obtenu? ☐ Remboursement en argent ☐ Crédit voyage/Changement de dates
3. Quel montant avez-vous reçu?* _____ $

* Veuillez annexer la copie du document accompagnant votre remboursement (note de crédit)

Section G – Autres assurances

1. Avez-vous une autre assurance voyage en vigueur? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, veuillez spécifier :

Type de couverture	Oui	Non	**Nom de l'assureur**	**N° de contrat**
Couverture individuelle	☐	☐		
Couverture collective	☐	☐		
Carte de crédit	☐	☐		
Autre : _____	☐	☐		

Section H – Consentement et signature

Par la présente, j'autorise UV Assurance à obtenir les renseignements personnels médicaux strictement nécessaires à l'analyse de ma réclamation, auprès de toute personne physique ou morale, ou de tout organisme public ou parapublic, notamment : des agences de voyages, grossistes, compagnies aériennes, professionnels de la santé ou établissements de santé – y compris les médecins traitants, spécialistes, pharmaciens et psychologues – ayant participé à mes soins en lien avec la présente réclamation.

Je consens à ce que les tiers suivants : pharmaciens, médecins spécialiste ou thérapeute ou professionnel de la santé puissent fournir à UV Assurance les informations requises à l'analyse de ma demande, notamment une copie de mon dossier médical, diagnostics et résultats de tests ainsi que toutes autres informations pertinentes. UV Assurance ne recueillera que les renseignements personnels qui sont strictement nécessaires à l'analyse de la présente demande.

Section H – Consentement et signature (suite)

Dans le cas où une ou des prestations en lien avec la présente demande de règlement doit être émises à UV Assurance par un ou des tiers, le soussigné autorise ce tiers à rembourser directement UV Assurance.

Il comprend que le présent consentement s'applique également à ses personnes à charge si elles font l'objet de la présente demande et il atteste avoir obtenu leur autorisation.

En apposant sa signature, le soussigné comprend que dans le cas où l'un de ses renseignements personnels est inexact, incomplet ou ambigu, il peut exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance. Il a également le droit de demander des informations sur l'utilisation de ses renseignements personnels.

De plus, en tout temps, il peut retirer son consentement à la communication ou à l'utilisation de ses renseignements personnels en adressant une demande au Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance à l'adresse suivante : 1990, rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7.

Pour plus de détails, veuillez visiter notre site Web et consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels.**

Le soussigné confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus et consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus aux présentes.

Finalement, en apposant sa signature ci-dessous, le soussigné certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu'une photocopie des présentes a la même valeur que l'original.

X _____ _____ Date A M J

Signature du propriétaire — Nom du signataire en lettres moulées

Instructions

Avant de présenter une demande de réclamation, veuillez vous assurer d'avoir complété les étapes suivantes :

- Vous devez d'abord contacter votre fournisseur de service (par exemple : compagnie aérienne, croisiériste, agence de voyages) pour valider si votre voyage peut être reporté, annulé ou si un crédit voyage peut vous être accordé.
- Si votre voyage a été acheté avec une carte de crédit qui comporte une assurance annulation et/ou interruption de voyage, vous devez soumettre votre demande de réclamation à cette compagnie avant de nous contacter.

Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais pour l'annulation ou l'interruption de voyage doivent satisfaire aux conditions suivantes :

1. Ils sont payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur;
2. Au moment de finaliser les arrangements du voyage, l'assuré ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu; et
3. La présente garantie est en vigueur au moment de la période prévue de voyage.

Documentation requise

Vous trouverez ci-dessous la liste des documents requis afin que nous puissions procéder à l'analyse de votre demande. Veuillez noter que nous ne pourrons pas traiter votre demande tant que nous n'aurons pas reçu toute la documentation pertinente.

- Une copie dûment complétée et signée du formulaire ci-joint.
- Les factures/reçus originales pour toutes les dépenses visées par votre demande de remboursement. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est mentionné les montants non remboursables en cas d'annulation.
- Les preuves de paiement (ex. : chèque, état de compte de la carte de crédit, mandat, etc.).
- Une preuve écrite de la demande d'annulation de votre forfait ou billets d'avion faite auprès de chaque fournisseur de service (agence de voyages, forfaitiste, transporteur aérien). La réponse de chaque fournisseur de service doit être aussi transmise à l'assureur.
- Veuillez annexer la preuve de tous les crédits et remboursements déjà reçus et/ou offerts par votre agence de voyages, de votre carte de crédit et/ou de chaque fournisseur de service pour la portion remboursable du voyage.
- Si le voyage a été payé avec votre carte de crédit, veuillez nous faire parvenir les clauses de coordination de prestations de votre carte de crédit pour la garantie d'annulation de voyage si celle-ci est incluse au niveau de votre carte.

Prendre note que UV Assurance peut exiger des déclarations de l'assuré ou tout autre rapport permettant de justifier la demande de prestations. Vous devez présenter une demande de règlement pour indemnité d'annulation voyage complète à chacun de vos assureurs afin de leur permettre d'étudier votre demande.

Par ailleurs, il est stipulé au contrat qu'en cas d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur dans un délai de 48 heures ou s'il s'agit d'un jour férié, le premier jour ouvrable suivant. L'assureur doit en être avisé au même moment.

Pour toute question, vous pouvez nous contacter au 1-800-567-0988 poste 2078.
Retournez l'original par la poste ou via le site sécurisé à partir de votre dossier d'adhérent au www.uvassurance.ca
Veuillez s'il vous plaît conserver une copie pour vos dossiers.