# Formulaire de Réclamation de Voyage

**En cas de besoin d'assistance médicale d'urgence, veuillez appeler gratuitement au 855-308-3483.**
**Pour les appels internationaux, composez le +1-319-448-3483. Contactez diveassure@robinassist.com immédiatement.**

Robin Assist a été désigné pour fournir des services d'assistance médicale d'urgence et gérer le traitement de votre réclamation. Pour nous aider à traiter votre réclamation rapidement, veuillez suivre ces directives :

Remplissez un **formulaire de réclamation distinct** pour chaque réclamation et pour chaque personne assurée.

1. Si vous soumettez une **réclamation à la suite d'un accident ou d'une blessure**, veuillez remplir entièrement les sections A, B, J et K.
2. Si vous soumettez une **réclamation pour un incident non médical ou une perte de bagages personnels**, veuillez remplir les sections A et D à K, selon le cas.
3. Si vous soumettez une **réclamation pour accident personnel**, veuillez remplir les sections A, C, J et K.
4. Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli par email à claims@robinassist.com avec TOUS les justificatifs originaux relatifs à la réclamation, ainsi que la preuve de voyage (par exemple, confirmations de voyage par courriel, factures de réservation, billets). Toutes les soumissions DOIVENT être reçues par Robin Assist **dans les 90 JOURS** suivant la date de la perte ou le début du traitement.

| **A. DÉTAILS DE L'ASSURÉ PRINCIPAL** | | |
|---|---|---|
| M. / Mme / Mlle / Mlle / Autre : | Prénom : | Nom de famille : |
| Adresse : | | |
| Code Postal/Zip : | Pays : | Numéro de Téléphone : |
| E-mail : | | Numéro de contrat : |
| Devise de police : ☐ US$ ☐ € ☐ GB£ Autre (précisez) : | Une franchise peut s'appliquer à chaque prestation. Le montant maximal de la prestation et l'excédent de la police sont déterminés par la devise avec laquelle votre police d'assurance voyage a été achetée. | |
| **DÉTAILS DU RÉCLAMANT** (si différents de ci-dessus) | | |
| M. / Mme / Mlle / Mlle / Autre : | Prénom : | Nom de famille : |
| Adresse : | | |
| Code Postal/Zip : | | Pays : |
| Email : | | Numéro de Téléphone : |
| Profession : | | |
| Motif du voyage : | ☐ Personnel | ☐ Affaires |
| Dates du voyage (JJ/MM/AAAA) : | De : | À : |
| La réclamation est-elle le résultat d'un accident ? | ☐ Oui | ☐ Non |
| **DÉCLARATION** | | |

À des fins de protection des données, je/nous reconnaissons que toutes les données personnelles obtenues de ma part/nos parts à la suite de cette réclamation seront conservées et traitées pour l'administration des assurances et l'investigation des réclamations. À cette fin, les informations peuvent également être transmises à des tiers sélectionnés et aux réassureurs.

- Je/nous consens à votre traitement des données sensibles me/nous concernant, ainsi que d'autres personnes susceptibles d'être assurées en vertu du contrat.
- Je/nous comprenons que toutes les données personnelles que je/nous fournissons doivent être exactes et que j'ai/nous avons le consentement spécifique de ces autres personnes assurées pour divulguer leurs données personnelles.
- Je/nous consens à la consultation d'informations auprès d'autres assureurs, d'agences de crédit et d'autres agences d'information pour vérifier les réponses que nous avons fournies et autoriser la divulgation de telles informations.
- Je/nous déclarons qu'à l'issue de la règlementation, je/nous transférons tous les droits de subrogation et de recouvrement à l'Assureur et/ou à leur Ajusteur de Pertes. Veuillez noter que nous avons des droits de sauvetage et/ou de recouvrement et que nous exercerons ces droits le cas échéant.
- Je/nous déclarons que, selon notre meilleure connaissance, les informations soumises dans ce formulaire sont correctes et complètes.

**Une copie de notre Politique de Confidentialité des Données est disponible sur demande.**

| **Personne assurée** | **Assuré principal/Titulaire de la police (si différent)** |
|---|---|
| Nom et prénom : | Nom et prénom : |
| Signature :<br><br>En tapant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique équivaut juridiquement à ma signature manuscrite | Signature :<br><br>En tapant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique équivaut juridiquement à ma signature manuscrite |

## B. FRAIS MÉDICAUX ET INDEMNITÉS HOSPITALAIRES

Nature de la maladie/blessure s'est produite :

| | |
|---|---|
| Date à laquelle la maladie/blessure s'est produite (JJ/MM/AAAA) : | Heure à laquelle la maladie/la blessure s'est produite : |

Où la maladie/la blessure s'est produite :

Veuillez fournir une description détaillée de la manière dont la blessure s'est :

Nom du médecin traitant / généraliste du demandeur (même s'il n'a pas été consulté) :

Adresse du médecin de famille / généraliste personnel :

Numéro de téléphone : Email :

Nom et adresse du(des) médecin(s) et/ou de l'hôpital où le traitement a été reçu :

Si le traitement a été administré à l'hôpital en tant que patient hospitalisé, veuillez confirmer les dates :

La compagnie d'assistance d'urgence a-t-elle été : ☐ Oui ☐ Non (Veuillez indiquer la raison pour laquelle non) :

La personne assurée était-elle enceinte : ☐ Oui (¿Combien de semaines ?): ☐ Non

Si la personne assurée a souffert de maladie, en a-t-elle souffert auparavant : ☐ Oui

☐ Non (Veuillez indiquer la raison pour laquelle non):

La personne assurée a-t-elle une assurance médicale privée ? ☐ Oui (Si tel est le cas, veuillez fournir les détails de l'assureur, y compris le nom, l'adresse et le numéro de police :

☐ Non

**POUR LES CITOYENS DE L'UE UNIQUEMENTFOR EU CITIZENS ONLY**

L'assuré avait-il une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) lors du voyage. ☐ Oui ☐ Non

A-t-elle été présentée à l'hôpital/au médecin? ☐ Oui ☐ Non

## C. ACCIDENT PERSONNEL

Quand s'est produite la blessure ou (en cas de décès) quand est survenu le décès ?

Veuillez détailler la nature de la perte ou comment le décès est survenu :

La blessure ou la cause du décès était-elle due à des causes naturelles ? : ☐ Oui ☐ Non (Veuillez donner des détails) :

| Pays de l'incident : | Montant réclamé : |
|---|---|

En cas de décès, un certificat de décès délivré par une autorité agréée doit être obtenu, et la copie originale doit être soumise à **claims@robinassist.com**

## D. ANNULATION OU ÉCOURTEMENT

| Quand le voyage a-t-il été réservé (JJ/MM/AAAA)? : | Pays de destination : |
|---|---|

Quand le voyage a-t-il été annulé/écourté (JJ/MM/AAAA) :

Veuillez fournir une explication détaillée de la raison pour laquelle le voyage a été annulé/écourté :

Si l'annulation n'était pas due à la personne voyageant, veuillez confirmer le nom de la personne ayant provoqué l'annulation du voyage et sa relation avec la ou les personne(s) voyageant :

Si le voyage a été écourté, la société d'assistance d'urgence a-t-elle été contactée :

☐ Oui (fournir le numéro de référence donné) : ☐ Non

Des dépenses supplémentaires ont-elles été engagés ? ☐ Yes (Veuillez fournir les détails ci-dessous et envoyer toutes les factures/reçus avec cette réclamation ?

☐ Non

Veuillez confirmer à qui le remboursement doit être fait :

Montant réclamé :

### DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS

Si le voyage a été annulé en raison d'une blessure/maladie de la personne voyageant, nous avons besoin d'une confirmation écrite du médecin généraliste indiquant que la personne assurée n'était pas apte à voyager.

Si le voyage a été annulé en raison de la blessure/maladie d'un tiers, nous avons besoin d'une confirmation écrite du médecin généraliste du tiers confirmant la blessure/maladie.

Veuillez également fournir :

- Documentation à l'appui de l'annulation du voyage pour tout autre facteur non décrit ci-dessus.
- Facture de réservation originale.
- Facture d'annulation indiquant les frais encourus.

## E. RETARD DE VOYAGE / DÉPART MANQUÉ

| |
|---|
| Raison du retard de voyage/départ manqué : |
| **RETARD DE VOYAGE** |
| Date et heure prévues de départ : |
| Numéro/Référence du vol/ferry/autre moyen de transport : |
| Date et heure réelles de départ : |
| Numéro/Référence du vol/ferry/autre moyen de transport : |
| Nombre d'heures de retard : |
| Nom de la compagnie aérienne/ferry/autre société de transport : |
| Pays du retard : |
| Montant réclamé : |
| **DÉPART MANQUÉ** |

| | |
|---|---|
| Point de depart : | Point de Connexion Manqué : |
| Méthode de transport utilisée pour arriver au point de depart : | |
| Veuillez confirmer comment vous avez repris votre voyage : | |
| Montant réclamé : | |
| Pays de depart manqué : | |
| **F. BAGAGES, EFFETS PERSONNELS, ARGENT ET DOCUMENTS** | |
| Date de perte ou de dommage (JJ/MM/AAAA) : | Heure : |
| Veuillez fournir une description détaillée de la façon dont la perte ou le dommage s'est produit, y compris le lieu : | |
| Veuillez confirmer quand la perte / le dommage a été signalé et à quelle autorité (par exemple, police / compagnie aérienne / operateur touristique / hôtel, etc.), y compris l'adresse complète et la référence : | |
| Si la perte concerne des chèques de voyage, des chèques, de l'argent liquide, des cartes de crédit, des cartes bancaires/de paiement, indiquez la date à laquelle l'émetteur a été informé : | |

**DÉTAILS DE L'ARTICLE**

| Description de l'article | Date d'achat (JJ/MM/AAAA) | Prix payé | Date et lieu d'achat (JJ/MM/AAAA) | Montant réclamé |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| |
|---|
| **INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES** |
| Voici les détails de toute autre police d'assurance que vous possédez, que vous pensiez ou non qu'elle puisse contribuer à cette perte, par exemple : assurance habitation, assurance médicale privée, assurance voyage personnelle, assurance carte de crédit, etc. : |

| | |
|---|---|
| Nom de l'assureur : | Numéro de police : |

| |
|---|
| Adresse : |
| **DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS** |
| - En cas de perte de bagages personnels, tous les incidents DOIVENT être signalés à la police locale dans les 24 heures. Un numéro d'incident et un rapport de perte doivent être obtenus et soumis à claims@robinassist.com<br>- Fournir une preuve de l'achat/propriété d'origine, c'est-à-dire des reçus, des relevés bancaires/cartes de crédit, des photographies, des emballages, des manuels d'instructions, des évaluations.<br>- Veuillez noter que nous pourrions déduire une somme sur la réclamation si aucune preuve d'achat n'est fournie et/ou si l'usure est applicable.<br>- Si les articles ont déjà été remplacés, veuillez envoyer la facture ou le reçu de remplacement. |
| **G. PERTE DE PASSEPORT** |
| Veuillez confirmer où le passeport a été perdu : |
| Veuillez fournir les détails des dépenses engagées pour remplacer le passeport, y compris les reçus. |

| **H. FRAIS DE QUARANTINE** | |
|---|---|
| Date du diagnostic de la COVID-19 : | |
| Période de quarantaine : | |
| Frais d'hébergement : | |
| Pays de quarantaine : | |
| Autres dépenses : | |
| Montant réclamé : | |

| **I. JOURS DE PLONGÉE PERDUS** | |
|---|---|
| Dates des jours de plongée perdus (JJ/MM/AAAA) : | |
| Dates des jours de plongée perdus (JJ/MM/AAAA) : | |
| Veuillez fournir une explication détaillée de la raison pour laquelle les jours de plongée ont été: | |
| Montant réclamé : | Pays des plongées perdues : |

| **J. MÉTHODE DE REMBOURSEMENT** |
|---|
| Notre méthode de paiement préférée est électronique pour garantir que vous receviez votre paiement dès que possible, bien que nous soyons en mesure d'émettre des chèques dans la plupart des pays. |
| Veuillez procéder au remboursement : ☐ Assurée Principal ☐ Fournisseur |

| |
|---|
| Nom de la banque : |
| Nom sur le compte (bénéficiaire) : |
| Numéro de compte / IBAN : |

| | |
|---|---|
| | Numéro de routage / numéro ABA : |
| | Code de tri ou code SWIFT : |
| | Adresse de la banque : |

## K. AUTORISATION DE DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES

Je donne par la présente l'autorisation à tout médecin ou autre professionnel de la santé, hôpital ou établissement de santé, pharmacie, prestataire de services médicaux, employeur, administrateur de régime d'avantages sociaux et tout organisme gouvernemental fédéral, étatique ou local, de fournir une copie complète de toutes les informations médicales pour une utilisation et une divulgation telles que décrites dans cette autorisation. En outre, de divulguer toute information médicale et autre en votre possession ou sous votre contrôle à **Robin Assist** et/ou à leurs avocats, soit directement soit par l'intermédiaire d'un agent représentatif agissant en leur nom, toute information médicale qu'ils peuvent demander, y compris, mais sans s'y limiter, les dossiers médicaux, les rapports, les graphiques, les notes de radiographie, les films et les rapports de laboratoire.

Je donne également par la présente l'autorisation de divulguer toutes les informations médicales concernant le diagnostic, les soins et le traitement de l'abus d'alcool, de drogue ou de santé mentale. De plus, j'autorise la divulgation de toutes les informations de facturation et de relevés en votre possession ou sous votre contrôle.

Je donne également l'autorisation à Robin Assist, à leurs représentants ou à leurs agents de divulguer les informations obtenues en vertu de cette autorisation aux fournisseurs de soins de santé, aux assureurs, aux réassureurs, aux administrateurs de sinistres et à tout organisme gouvernemental, selon ce qu'il juge approprié, uniquement dans le but d'évaluer et d'administrer toute demande de prestations. Je comprends en outre que les informations peuvent être divulguées comme suit.

À d'autres personnes ou organisations exerçant des activités ou des services juridiques en relation avec toute demande ; tel que requis par la loi ;

- À toute personne ou représentant légalement autorisé comme je l'ai indiqué ;
- Tel que je peux en outre autoriser ; ou tel que nécessaire pour prévenir ou détecter la perpétration de la fraude.

Cette "*Autorisation de divulgation d'informations médicales*" est révocable à tout moment, sauf dans la mesure où des mesures ont été prises en fonction de cette autorisation, et, si elle n'est pas révoquée par écrit plus tôt, elle restera valide pendant deux (2) ans à compter de la date de signature. Je conviens qu'une photocopie, une copie envoyée par e-mail ou une copie par télécopie (FAX) de l'autorisation sera acceptée et sera aussi valable que l'original. Je sais que je peux demander à recevoir une copie de cette autorisation.

| | |
|---|---|
| Nom : | Date : |
| Signature :<br><br>En tapant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement, et cette signature électronique a la même valeur légale que ma signature manuscrite. | |

Veuillez envoyer le formulaire de réclamation rempli et les documents justificatifs (Y COMPRIS LA PREUVE DE VOYAGE) à Robin Assist à l'adresse claims@robinassist.com. Pour toute question ou demande concernant votre réclamation, veuillez appeler le 866-898-0921 et sélectionner l'extension 3.

**Avis de confidentialité :** Les données personnelles sont collectées et conservées pour évaluer votre réclamation et sont soumises à notre Politique de confidentialité. Une copie de cet avis de confidentialité et de la manière dont vos données personnelles sont utilisées et conservées est disponible sur demande.

# Formulaire d'autorisation du représentant personnel

Veuillez soumettre le formulaire de réclamation rempli et TOUTES les informations et documents justificatifs à Robin Assist : claims@robinassist.com

| **A. ASSURÉE** | |
|---|---|
| M. / Mme / Mlle / Mlle / Autre : | |
| Numéro de police : | Numéro de réclamation : |
| Date de naissance :<br>(JJ/MMM/AAAA) | |
| Adresse : | |
| Code postal : | Pays : |
| Téléphone : | E-mail : |
| **B. REPRÉSENTANT PERSONNEL** | |
| M. / Mme / Mlle / Mlle / Autre : | |
| Date de naissance (JJ/MMM/AAAA) : | |
| Adresse : | |
| Code postal : | Pays : |
| Téléphone : | E-mail: |

## C. AUTORISATION

J'autorise la divulgation des informations confidentielles détenues par Robin Assist à des personnes ou organisations indiquées ci-dessous, avec votre signature. Je comprends que j'ai droit, sur demande, à recevoir une copie de ce formulaire signé.

Par la présente, j'autorise la demande et la divulgation de mes informations confidentielles détenues à mon représentant personnel. En nommant la personne ci-dessous comme mon représentant personnel, je comprends que j'autorise cette personne à avoir accès à mes informations confidentielles et à mes dossiers médicaux, le droit de discuter de mes soins médicaux et le droit de prendre des décisions qui me lieront.

Cette "Autorisation du Représentant Personnel" est révocable à tout moment, sauf dans la mesure où des mesures ont été prises en fonction de celle-ci, et, si elle n'est pas révoquée par écrit plus tôt, elle restera valide pendant deux (2) ans à compter de la date de signature. Je conviens qu'une copie envoyée par e-mail de l'autorisation sera acceptée et sera aussi valable que l'original. Je sais que je peux demander à recevoir une copie de cette autorisation.

| **Personne assurée** | **Représentant personnel** |
|---|---|
| Nom et prénom : | Nom et prénom : |
| Signature :<br><br>En tapant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique a la même valeur légale que ma signature manuscrite. | Signature :<br><br>En tapant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique a la même valeur légale que ma signature manuscrite. |
| Date : | Date : |

**Avis de confidentialité**

Les données personnelles sont collectées et conservées pour évaluer votre réclamation et sont soumises à notre Avis de confidentialité. Une copie de cet Avis de confidentialité et des modalités d'utilisation et de conservation de vos données personnelles est disponible sur demande.