

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ACCIDENT PERSONNEL AVIS BUDGET CAR

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉTENTEUR DE LA POLICE D'ASSURANCE

NOM DU LOCATAIRE DU VÉHICULE : _____	DATE : _____
NOM DU RÉCLAMANT : _____	TELEPHONE : _____
ADRESSE : _____	MOBILE : _____
_____	COURRIEL : _____
VILLE : _____ PROV : _____ CODE POSTAL : _____	

2. INSTRUCTIONS POUR SOUMETTRE VOTRE RÉCLAMATION

- VÉRIFIEZ QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS ET CORRIGEZ AU BESOIN
- VEUILLEZ COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN TOTALITÉ ET JOINDRE TOUS LES DOCUMENTS REQUIS.
- SIGNEZ, DATEZ ET RETOURNEZ LE TOUT À :
TRAVELCLAIMS@WTP.CA
OU
- ZURICH TRAVEL ASSIST
901, RUE KING WEST 3eme ETAGE
TORONTO, ON
M5V 3H5
CANADA

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT CETTE RÉCLAMATION,
VEUILLEZ NOUS CONTACTER AU : 1-416-941-0448
OU 1-888-999-1971

TOUT FORMULAIRE INCOMPLET OU DOCUMENT MANQUANT
RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER

JOIGNEZ À CE FORMULAIRE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- FORMULAIRE DE RÉCLAMATION REMPLI
- COPIE CERTIFIÉE CONFORME DE DÉCÈS
- RAPPORT DE POLICE (SI APPLICABLE)
RAPPORT D'AUTOPSIE/POST MORTEM ET DE TOXICOLOGIE
- TOUS LES RAPPORTS MÉDICAUX PERTINENTS POUR
JUSTIFIER LA RÉCLAMATION
- JOINDRE UNE COPIE DE VOTRE CONTRAT DE LOCATION

SI LA RÉCLAMATION EST PAYABLE À UNE SUCCESSION, LE FORMULAIRE
DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EXECUTEUR OU L'ADMINISTRATEUR DE LA
SUCCESSION. LE DOCUMENT NOMMANT L'EXECUTEUR OU
L'ADMINISTRATEUR DOIT ÊTRE JOINT À CE FORMULAIRE

SI UN BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ EST MINEUR, LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE
REEMPLI PAR LE TUTEUR OU GARDIEN LÉGAL DE CE DERNIER

VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE DE TOUTE LA CORRESPONDANCE SOUMISE

PROCESSUS DE RÉCLAMATION

NOTRE OBJECTIF EST DE TRAITER LES RÉCLAMATIONS ADMISSIBLES RAPIDEMENT, CEPENDANT, LE TRAITEMENT PEUT ÊTRE RETARDÉ POUR LES
RAISONS SUIVANTES :

- RETARD DE RÉCEPTION DU COURRIER DES FOURNISSEURS
- RETARD DE RÉCEPTION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT OU DE FAMILLE
- FORMULAIRE DE RÉCLAMATION INCOMPLET ET/OU PIÈCES JUSTIFICATIVES INSUFFISANTES

**AFIN D'ACCÉLÉRER VOTRE RÉCLAMATION, VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION REMPLI ET TOUS LES DOCUMENTS À L'APPUI
DÈS QUE POSSIBLE ET CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.**

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ACCIDENT PERSONNEL AVIS BUDGET CAR

3. DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION

OÙ L'ACCIDENT S'EST PRODUIT :		DATE DE L'ACCIDENT (JJ / MM / AAAA)
DATE DU DÉBUT DE LA LOCATION :		DATE DE RAPPORT :
NUMÉRO DU CONTRAT DE L'OCATION :		NUMÉRO DE VÉHICULE :
NOM DE LA SOCIÉTÉ DE LOCATION DE VOITURES :		ADRESSE OU LA VOITURE A ÉTÉ LOUÉE (RUE, VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL)
DÉCRIVEZ COMMENT L'ACCIDENT S'EST PRODUIT :		
UN ACCIDENT A-T-IL CAUSÉ LA MORT ?	OUI NON	SI OUI, A QUELLE DATE ?
UNE AUTOPSIE A-T-ELLE ÉTÉ	OUI NON	SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LES COORDONNÉES DU CORONER CI-DESSOUS
NOM DU CORONER EFFECTUÉE ?	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE TOUS LES MÉDECINS ET SPÉCIALISTES QUE LE RÉCLAMANT A VU AVANT LA DATE DE DÉPART		
NOM ET SPÉCIALITÉ	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM ET SPÉCIALITÉ	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM ET SPÉCIALITÉ	ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

4. CERTIFICAT MÉDICAL (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT)

NOM DU PATIENT		DATE DE NAISSANCE (JJ / MM / AAAA)
QUAND L'ACCIDENT EST-IL SURVENU (JJ/MM/AAAA)	QUAND LE PATIENT VOUS A-T-IL CONSULTÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS POUR CETTE CONDITION ? (JJ/MM/AAAA)	
NATURE DE LA BLESSURE : VEUILLEZ EXPLIQUER EN FOURNISSANT LES DÉTAILS COMPLETS, Y COMPRIS TOUS LES DIAGNOSTICS, TOUTE MUTILATION OU PERTE D'UTILISATION ; LA CAUSE OU L'INCIDENT CAUSANT LA BLESSURE, ET TOUTES LES PARTIES DU CORPS AFFECTÉES.		
SI UNE BLESSURE A ENTRAÎNÉ L' AMPUTATION D'UNE PARTIE DU CORPS, VEUILLEZ INDIQUER L'EMPLACEMENT PRÉCIS DE L'AMPUTATION:		

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ACCIDENT PERSONNEL AVIS BUDGET CAR

5. CERTIFICAT MÉDICAL (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT) (SUITE)

LA BLESSURE A-T-ELLE CAUSÉ LA PERTE TOTALE ET IRRÉMÉDIABLE DE L'AUDITION DES DEUX OREILLES ? OUI NON	DATE DE LA PERTE((JJ / MM / AAAA)	
LA BLESSURE A-T-ELLE ENTRAÎNÉ UNE PERTE DE LA VUE, LA PERTE ÉTAIT-ELLE TOTALE ET IRRÉMÉDIABLE ? OUI NON	QUEL OEIL A ÉTÉ BLESSÉ ? DROIT GAUCHE	L'OEIL A-T-IL ÉTÉ RETIRÉ ? OUI NON
LE PATIENT ÉTAIT-IL HOSPITALISÉ? OUI NON	SI OUI, FOURNIR LES DATES D'HOSPITALISATION :	
NOM DE L'HOPITAL :	ADRESSE :	
LE PATIENT EST-IL TOUJOURS SOUS VOS SOINS ? OUI NON	SI LIBÉRÉ, INDIQUER LA DATE DU CONGÉ ((JJ / MM / AAAA) :	
Signature et sceau du médecin traitant	Nom du médecin (en lettres moulées)	
Adresse :	Telephone :	Date :

6. CONSENTEMENT ET AUTORISATION

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA (SUCCURSALE CANADIENNE), SES AGENTS ET ADMINISTRATEURS AUTORISÉS (CI-APRÈS « L'ASSUREUR » OU « ILS ») DOIVENT COLLECTER ET CONSERVER CERTAINES INFORMATIONS PERSONNELLES ET/OU DE SANTÉ VOUS CONCERNANT EN RELATION AVEC VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE. ILS UTILISENT ET DIVULGUENT CES INFORMATIONS UNIQUEMENT AUX FINS D'ADMINISTRER VOTRE POLICE D'ASSURANCE, DE FOURNIR UN SERVICE À LA CLIENTÈLE ET D'ÉVALUER ET DE PAYER LES RÉCLAMATIONS.

DANS LE BUT DE TRAITER CETTE RÉCLAMATION, J'AUTORISE/NOUS AUTORISONS TOUT MÉDECIN, HOPITAL, CLINIQUE, AUTRE ÉTABLISSEMENT MÉDICAL OU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ, ASSUREUR OU RÉASSUREUR, RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIAL ET EMPLOYEUR(S) À FOURNIR À WORLD TRAVEL PROTECTION CANADA INC. ET SES REPRÉSENTANTS. TOUTE INFORMATION, Y COMPRIS LES INFORMATIONS PERSONNELLES, LES DONNÉES OU LES DOSSIERS QUI SONT EN LEUR POSSESSION CONCERNANT MES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET MES TRAITEMENTS.

EN CONSIDÉRATION DU PAIEMENT EFFECTUÉ EN MON NOM, J'AUTORISE TOUTES PRESTATIONS PAYÉES OU PAYABLES PAR TOUT AUTRE ASSUREUR, EN CE QUI CONCERNE CETTE RÉCLAMATION À ÊTRE CÉDÉES EN TOUT OU EN PARTIE À WORLD TRAVEL PROTECTION CANADA INC., AU BÉNÉFICE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE AYANT ÉMIS LA POLICE POUR LAQUELLE UN TEL PAIEMENT EST EFFECTUÉ.

DIRECTION SPÉCIALE DU RÉGIME GOUVERNEMENTAL D'ASSURANCE MALADIE (SI LE DEMANDEUR EST UN ENFANT, CETTE SECTION S'APPLIQUE À UN PARENT OU À UN TUTEUR LÉGAL) JE/NOUS AUTORISONS MON RÉGIME GOUVERNEMENTAL D'ASSURANCE MALADIE À EFFECTUER LE PAIEMENT CONCERNANT MA RÉCLAMATION POUR LES SERVICES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DU PAYS À WORLD TRAVEL PROTECTION CANADA INC. ET TOUTE AUTRE RÉCLAMATION OU CAUSE D'ACTION EN RELATION AVEC LES PRÉSENTES.

JE CONSENS À LA DIVULGATION PAR MON RÉGIME GOUVERNEMENTAL D'ASSURANCE MALADIE À WORLD TRAVEL PROTECTION DES INFORMATIONS PERSONNELLES QUI PEUVENT ÊTRE NÉCESSAIRES POUR LE TRAITEMENT DE MA RÉCLAMATION, Y COMPRIS LES DÉTAILS DE TOUT PAIEMENT EN DOUBLE QUI POURRAIT M'AVOIR ÉTÉ EFFECTUÉ.

JE CONSENS ET AUTORISE LE RÉGIME GOUVERNEMENTAL D'ASSURANCE MALADIE À COLLECTER DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES DOCUMENTS DE RÉCLAMATION CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 39(1) DE LA LOI SUR L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET À L'ARTICLE 4(2)(F) DE LA LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE.

POUR LES RÉSIDENTS DE L'ONTARIO SEULEMENT : JE RECONNAIS QUE LES RENSEIGNEMENTS COLLECTÉS ET UTILISÉS PAR L'ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO SUR CE FORMULAIRE ET SE RAPPORTANT À TOUTE RÉCLAMATION POUR LAQUELLE J'AI DROIT À UN PAIEMENT PAR L'ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO SONT COLLECTÉS AUX FINS D'ÉVALUATION DE MA RÉCLAMATION, DE TRAITEMENT DE PAIEMENT PAR CONSÉQUENT ET DE TOUTE RÉCLAMATION CONNEXE CONFORMÉMENT AUX PARAGRAPHES 4.1(1) ET 1.1(2) DE LA LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE. J'AUTORISE/NOUS AUTORISONS WORLD TRAVEL PROTECTION À COORDONNER LE PAIEMENT DES PRESTATIONS AVEC TOUT AUTRE ASSUREUR QUI PEUT AUSSI AVOIR UNE RESPONSABILITÉ POUR CETTE RÉCLAMATION. JE/NOUS AUTORISONS IRRÉVOCABLEMENT WORLD TRAVEL PROTECTION À EFFECTUER DES PAIEMENTS, RECEVOIR DES PAIEMENTS ET RÉGLER AVEC D'AUTRES ASSUREURS EN MON NOM.

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ACCIDENT PERSONNEL AVIS BUDGET CAR

ATESTATION ET AUTORISATION

JE COMPRENDS QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR CE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET AUTRES DOCUMENTS CONCERNANT MA RÉCLAMATION, SONT EXIGÉS PAR L'ASSUREUR, SES RÉASSUREURS POUR ÉVALUER MON DROIT AUX PRESTATIONS, Y COMPRIS, MAIS SANS S'Y LIMITER, POUR DÉTERMINER SI LA COUVERTURE EST EN VIGUEUR. À CES FINS, L'ASSUREUR CONSULTERA ÉGALEMENT LES DOSSIERS D'ASSURANCE EXISTANTS ME CONCERNANT ET LA COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES ET LA COLLECTE ET ECHANGE DES RENSEIGNEMENTS AVEC DES TIERS.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS PEUVENT ÊTRE TRAITÉS ET CONSERVÉS PAR ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA(DIRECTION CANADIENNE) ET SES SOCIÉTÉS AFFILIÉES (COLLECTIVEMENT, « ZURICH ») ET REPRÉSENTANTS AUTORISÉS, À LA FOIS DANS LES JURIDICTIONS NATIONALES ET ÉTRANGÈRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA ET SONT SOUMIS AUX LOIS APPLICABLES. VEUILLEZ CONTACTER LE RESPONSABLE DE LA CONFIDENTIALITÉ DE ZURICH SI VOUS AVEZ BESOIN D'INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA COLLECTE, L'UTILISATION, LA DIVULGATION, LE TRAITEMENT ET LA CONSERVATION DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES PAR COURRIEL À PRIVACY.ZURICH.CANADA@ZURICH.COM OU VOUS POUVEZ CONSULTER NOTRE DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ SUR [HTTPS :/ / WWW.ZURICHCANADA.COM/FR-CA/ABOUT-ZURICH/PRIVACY-STATE](https://www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-state).

TOUTEFOIS, LE REFUS DE FOURNIR UN CONSENTEMENT PEUT EMPÊCHER ZURICH D'OFFRIR ET D'ADMINISTRER LA RÉCLAMATION D'ASSURANCE ET/OU D'EMPÊCHER ZURICH DE PAYER LES PRESTATIONS D'ASSURANCE.

ZURICH S'ENGAGE À PROTÉGER LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS FOURNIES. VOTRE DOSSIER EST SÉCURISÉ DANS NOS BUREAUX OU CEUX DE NOTRE ADMINISTRATEUR OU AGENT. VOUS POUVEZ DEMANDER D'EXAMINER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS QU'IL CONTIENT ET D'APPORTER DES CORRECTIONS EN ÉCRIVANT À : RESPONSABLE DE LA CONFIDENTIALITÉ, ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA, 100 KING STREET WEST, SUITE 5500, BOÎTE POSTALE 290, TORONTO, ONTARIO, M5X 1C9.

AUX FINS DE LA LOI SUR LES COMPAGNIES D'ASSURANCES (CANADA) CE DOCUMENT TEL QU'ÉMIS DANS LE CADRE DES AFFAIRES D'ASSURANCE DE ZURICH AU CANADA

CERTIFICATION

LES DÉCLARATIONS QUE JE FOURNIS EN REMPLISSANT CE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET AUTRES DOCUMENTS CONCERNANT MES RÉCLAMATIONS SONT VRAIES ET COMPLÈTES ET AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE. EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION OU DE DÉCLARATION TROMPEUSE DANS LA PRÉSENTATION DE CETTE RÉCLAMATION, LA COUVERTURE PEUT ÊTRE ANNULÉE, LE PAIEMENT DES PRESTATIONS REFUSÉ ET LES PAIEMENTS DES RÉCLAMATIONS ANTÉRIEURES RÉCUPÉRÉ. J'ACCEPTÉ DE REMBOURSER À L'ASSUREUR LE MONTANT DE TOUT PAIEMENT EFFECTUÉ DANS L'ÉVENTUALITÉ OU CES MONTANTS N'AURAIENT PAS DUS ÊTRE PAYÉS.

UNE PHOTOCOPIE DE CETTE AUTORISATION SERA CONSIDEREE VALIDE ET AURA LA MEME VALEUR QUE L'ORIGINAL. CETTE AUTORISATION SERA CONSIDÉRÉE VALABLE POUR LA DURÉE DE LA RÉCLAMATION, MAIS N'EXCÉDERA PAS UN AN À PARTIR DE LA DATE DE SIGNATURE.

JE CONSENS ET ACCEPTE LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION PAR L'ASSUREUR, SES AGENTS ET ADMINISTRATEURS DE MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DE SANTÉ ÉNONCÉS AUX PRÉSENTES ET DANS TOUS LES DOCUMENTS OU RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LE CADRE DE MA RÉCLAMATION POUR TRAITER, ENQUÊTER ET RÉGLER MA RÉCLAMATION.

SIGNATURE : _____

DATE : _____