

En caractères d'imprimerie SVP.
Chaque section doit être remplie intégralement.

SECTION A. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

| | | |
|-----|--------------|-------------------|
| Nom | N° de police | N° de réclamation |
|-----|--------------|-------------------|

SECTION B. DÉTAILS SUR L'ACCIDENT/LA BLESSURE

| | | | |
|---------------------------------|---|---------------|-------------|
| Date de l'incident (JJ/MM/AAAA) | Heure <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. | | |
| Lieu précis de l'incident | Ville | État/Province | Code postal |

Précisez les détails de l'accident et le type de blessures subies, s'il y a lieu.

L'accident a-t-il impliqué plus d'une partie? Oui Non

Y a-t-il eu des témoins de l'accident? Oui Non

*Si vous avez répondu **Oui** à une de ces questions, précisez les détails sur une feuille séparée.*

Si vous avez été impliqué dans un accident de véhicule à moteur (AVM), inscrivez les détails de votre assurance.

| | | | |
|-----------------------|-------------------|--|--|
| Compagnie d'assurance | Téléphone | | |
| N° de police | N° de réclamation | Type d'AVM <input type="checkbox"/> Un véhicule <input type="checkbox"/> Plusieurs véhicules | |

SECTION C. RAPPORT D'INCIDENT/DE POLICE (S'IL Y A LIEU)

Un rapport d'incident ou de police a-t-il été rempli? Oui Non

Annexez une copie du rapport. **Si un rapport de police a été rédigé, inscrivez aussi les renseignements ci-dessous.**

| | | | |
|----------------------------|-------|---------------|-------------------------|
| Nom de l'agent de police | | | N° du rapport de police |
| Adresse du poste de police | Ville | État/Province | Code postal |

SECTION D. RENSEIGNEMENTS SUR LA TIERCE PARTIE (S'IL Y A LIEU)

| | | | |
|---|-------|---------------|-------------------|
| Nom de la tierce partie | | | Téléphone |
| Adresse | Ville | État/Province | Code postal |
| Compagnie d'assurance de la tierce partie | | N° de police | |
| Adresse de la compagnie d'assurance | Ville | État/Province | Code postal |
| Téléphone de la compagnie d'assurance | | | N° de réclamation |

SECTION E. INFORMATION JURIDIQUE

Poursuivrez-vous en justice une tierce partie? Oui Non

Si **Oui**, inscrivez les coordonnées de votre avocat.

Nom du cabinet d'avocats

Nom de l'avocat

Téléphone

Adresse de l'avocat

Ville

État/Province

Code postal

SI VOUS AVEZ TOUT AUTRE DOCUMENT JUSTIFICATIF EN LIEN AVEC CET INCIDENT, ANNEXEZ-LE AU PRÉSENT FORMULAIRE.

SECTION F. AUTORISATION

Je reconnais que, en vertu des dispositions de la police d'assurance voyage Medipac (la Police), si des dépenses ont été engagées en mon nom pour un sinistre causé par une tierce partie ou qui peut lui être attribuable, Medipac Assistance (Medipac Assist), en tant que représentant autorisé d'Old Republic, Compagnie d'assurance du Canada, est en droit de subroger toute dépense engagée contre la tierce partie et/ou toute autre personne ou entité pouvant être obligée d'indemniser la tierce partie (et/ou moi-même) ou pouvant être jugée responsable du sinistre (Partie responsable).

Je reconnais que, aux fins de la subrogation, Medipac Assist peut faire valoir une réclamation fondée en droit, en mon nom, contre la Partie responsable, et que je coopérerai au besoin pour appuyer la réclamation. Si une réclamation est intentée par moi-même ou mon représentant, je reconnais que le droit de subrogation de Medipac Assist doit être communiqué par moi-même ou mon représentant à toutes les parties en cause et suffisamment soutenu dans le cadre de toute négociation ou réclamation.

Je conviens de tenir Medipac Assist informé de toute négociation et je donnerai à Medipac Assist l'occasion d'approuver ou non toute offre de règlement avant de conclure un accord.

Je reconnais que, si un règlement monétaire est conclu entre moi-même et la Partie responsable, Medipac Assist a un droit prioritaire sur lesdites sommes et les dépenses engagées seront remboursées avant la distribution de sommes à d'autres parties, dont moi-même.

Signature de l'assuré

Date

Si l'assuré est inapte :

Nom du représentant légal (en caractères d'imprimerie SVP)

Date

Signature du représentant légal

Téléphone