



ASSURANT®

American Bankers Compagnie
d'Assurance Générale de la Floride

C.P. 7300 KINGSTON (ONTARIO) K7L 0B2
Téléphone (sans frais) : 1-888-409-4442
Télécopieur (sans frais) : 1-888-315-7377
Courriel : inclusive.benefits@assurant.com

**DEMANDE DE RÈGLEMENT - COLLISION / DOMMAGES
POUR VÉHICULES DE LOCATION**

SECTION 1 – DOCUMENTS EXIGÉS POUR LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Pour éviter des retards de traitement, veuillez remplir au complet et signer ce formulaire avant de le retourner, accompagné des documents indiqués ci-dessous, à l'adresse indiquée dans la partie supérieure de ce formulaire. Lorsqu'il faut présenter les documents originaux, veuillez en conserver des copies pour vos dossiers.

- Votre bordereau d'achat de la carte de crédit Desjardins prouvant que tous les frais de location ont été payés au complet à l'aide de la carte de crédit Desjardins, ou le bordereau d'achat de la carte de crédit Desjardins montrant le solde des frais de location.
- Une copie de votre relevé de compte de carte de crédit Desjardins à la date du sinistre.
- L'original (recto verso) du contrat de location.
- Le rapport d'accident, de dommages ou de vol.
- La facture détaillée des réparations ou, à défaut, une copie de l'estimation des dommages.
- Tout reçu relatif à des réparations payées.
- Le rapport de police, si possible.
- Une copie recto/verso du permis de conduire du conducteur du véhicule au moment de l'événement.
- Copie de toutes les photos prises du véhicule endommagé ou des dommages-intérêts.
- Une copie du relevé provisoire ou définitif du titulaire de carte, si les réparations ont été portées à votre compte.
- Si une Perte de jouissance est alléguée, une copie du registre quotidien complet de l'Agence de location à compter de la date à laquelle le véhicule n'était pas disponible pour la location jusqu'à la date à laquelle le véhicule est devenu disponible.

***NOTE : Il faut signaler tout événement à l'agence de location. Il faut aussi signaler à la police tout cas de dommages réels ou estimatifs de plus de 1 000 \$.**

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

NOM DU TITULAIRE DE CARTE (NOM, PRÉNOM)	NUMÉRO DE LA CARTE DE CRÉDIT DESJARDINS (6 PREMIERS CHIFFRES - 4 DERNIERS CHIFFRES)
ADRESSE DE COURRIEL (FACULTATIVE)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE – DOMICILE () -
ADRESSE DU TITULAIRE DE CARTE	



ASSURANT®

American Bankers Compagnie
d'Assurance Générale de la Floride

C.P. 7300 KINGSTON (ONTARIO) K7L 0B2
Téléphone (sans frais) : 1-888-409-4442
Télécopieur (sans frais) : 1-888-315-7377
Courriel : inclusive.benefits@assurant.com

**DEMANDE DE RÈGLEMENT - COLLISION / DOMMAGES
POUR VÉHICULES DE LOCATION**

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE SINISTRE

NOM DU CONDUCTEUR (AU MOMENT DE L'ÉVÉNEMENT) (NOM, PRÉNOM)						LIEN AVEC LE TITULAIRE DE CARTE					
PÉRIODE DE LOCATION			A			COÛT TOTAL DU LOCATION			MONTANT PORTÉ AU COMPTE		
AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ	\$			\$		
MARQUE ET MODÈLE DU VÉHICULE											
TYPE D'ÉVÉNEMENT						LE VÉHICULE A-T-IL ÉTÉ UTILISÉ À DES FINS COMMERCIALES?					
<input type="checkbox"/> COLLISION <input type="checkbox"/> VOL <input type="checkbox"/> VANDALISME <input type="checkbox"/> FEU <input type="checkbox"/> AUTRE						<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI					
L'ÉVÉNEMENT A-T-IL ÉTÉ SIGNALÉ À L'AGENCE DE LOCATION?						L'ÉVÉNEMENT A-T-IL ÉTÉ SIGNALÉ À LA POLICE?					
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI						<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI					
DATE DE L'ÉVÉNEMENT						LIEU DE L'ÉVÉNEMENT (VILLE, PROVINCE/ÉTAT ET PAYS)					
AAAA	MM	JJ									
S'AGISSAIT-IL D'UN VÉHICULE DE REMPLACEMENT DONT LE COÛT DE LOCATION (TOTAL OU PARTIEL) A ÉTÉ PRIS EN CHARGE PAR VOTRE ASSURANCE AUTOMOBILE PERSONNELLE, UN CONCESSIONNAIRE, UN ATELIER DE RÉPARATIONS OU UN TIERS?											
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI											
VEUILLEZ EXPLIQUER LES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT											

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MONTANT RÉCLAMÉ

MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ PAR L'AGENCE DE LOCATION		MONTANT TOTAL PAYÉ PAR UN AUTRE FOURNISSEUR (LE CAS ÉCHÉANT, VEUILLEZ FOURNIR DES DOCUMENTS À L'APPUI)	
\$		\$	
AVEZ-VOUS PAYÉ DES DOMMAGES?			
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR UNE PIÈCE JUSTIFICATIVE CONFIRMANT LE PAIEMENT)			



ASSURANT®

**American Bankers Compagnie
d'Assurance Générale de la Floride**

C.P. 7300 KINGSTON (ONTARIO) K7L 0B2
Téléphone (sans frais) : 1-888-409-4442
Télécopieur (sans frais) : 1-888-315-7377
Courriel : inclusive.benefits@assurant.com

**DEMANDE DE RÈGLEMENT - COLLISION / DOMMAGES
POUR VÉHICULES DE LOCATION**

SECTION 5 – ATTESTATION ET AUTORISATION

Je certifie que les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. Je conviens que ce formulaire de demande de règlement doit être dûment rempli et tous les documents exigés reçus avant qu'il ne soit possible de traiter ma demande de règlement. Je comprends que cette demande de règlement sera nulle si, que ce soit avant ou après le sinistre, j'ai dissimulé ou présenté de manière inexacte des faits, ou si des documents soumis ont dissimulé ou présenté de manière inexacte des faits ou des circonstances s'y rapportant.

J'autorise le titulaire de la police et ses agents et administrateurs à divulguer tous les renseignements exigés concernant ma demande de règlement à American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (l'« Assureur ») et à ses agents et administrateurs; et j'autorise l'Assureur et ses agents et administrateurs à divulguer tous les renseignements exigés concernant ma demande de règlement au titulaire de la police et à ses agents et administrateurs. J'autorise également l'Assureur et ses agents et administrateurs à obtenir des copies de tout rapport d'enquête ou toute information pertinente pour traiter ma demande de règlement. Je sais et je comprends qu'en fournissant mon adresse de courriel ci-dessus, je peux recevoir des communications, des notifications et des documents se rapportant à ma demande de règlement par courriel et que l'Assureur ne peut pas garantir la sécurité ou la confidentialité d'une telle correspondance par courriel.

Je comprends que la société American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride et ses sociétés affiliées peuvent recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels que je leur ai fournis et qu'elles obtiennent d'autres parties avec mon consentement. Elles peuvent utiliser ces renseignements pour établir mon dossier et pour me servir à titre de client ou lorsque cela est exigé ou permis par la loi. Mes renseignements personnels pourraient être traités et stockés aux États-Unis et sous réserve des lois applicables. Je consens par la présente à l'utilisation de mes renseignements personnels, qui sont divulgués dans tous les documents ou renseignements fournis dans le cadre de cette demande de règlement, aux fins énoncées aux présentes.

SIGNATURE DU TITULAIRE DE CARTE	DATE		
	AAAA	MM	JJ

Pour connaître tous les détails de la couverture, veuillez consulter votre Certificat d'assurance. L'assurance est souscrite par la société American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride. Le versement des indemnités et les services administratifs relèvent de la société Assurant®.

American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride et ses sociétés affiliées exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination sociale Assurant®.

® Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc.