



## DEMANDE DE RÈGLEMENT – GARANTIE PROLONGÉE

### 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.

- Le reçu original de vente indiquant le coût, la date et la description de l'achat;
- le relevé du compte de la carte de crédit Desjardins indiquant la transaction et/ou l'échange de Vos BONIDOLLARS;
- copie de votre relevé de compte de carte de crédit Desjardins à la date du sinistre;
- une copie de la Garantie originale du fabricant
- une copie de l'estimation écrite de la réparation (pour les demandes de règlement relatives à des dommages);
- un rapport de police, d'incendie ou d'assurance relatifs au sinistre ou autre rapport concernant le sinistre permettant de déterminer Votre admissibilité aux indemnités en vertu des présentes.
- À la discrétion de l'Assureur, Vous pourrez être tenu de lui faire parvenir, à Vos frais, l'article endommagé faisant l'objet de la demande de règlement à l'appui de Votre demande.

### SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE (PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

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

### SECTION 3 – ARTICLES RÉCLAMÉS (PRIÈRE DE JOINDRE UNE LISTE DÉTAILLÉE DES AUTRES ARTICLES AU BESOIN)

DESCRIPTION	FABRICANT	NUMÉRO DE MODÈLE	NUMÉRO DE SÉRIE
DATE D'ACHAT (JJ/MM/AA) ____/____/____	NOM DU VENDEUR CHEZ LEQUEL L'ARTICLE A ÉTÉ ACHETÉ	PRIX D'ACHAT _____ \$	

LE OU LES ARTICLES ONT-ILS ÉTÉ OFFERTS EN CADEAU?  OUI (SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LE NOM ET L'ADRESSE DU OU DES DESTINATAIRES DU OU DES CADEAUX)  NON

### SECTION 4 – DÉTAILS DU SINISTRE

VEUILLEZ EXPLIQUER COMMENT LE DÉFAUT DE FONCTIONNEMENT S'EST PRODUIT

DATE DU DÉFAUT DE FONCTIONNEMENT (AAAA/MM/JJ) ____/____/____	TYPE DE DÉFAUT <input type="checkbox"/> PANNE MÉCANIQUE <input type="checkbox"/> DÉFECTUOSITÉ <input type="checkbox"/> AUTRE (FOURNIR DES DÉTAILS)
---	---



**ASSURANT**  
Solutions®

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 – GARANTIE PROLONGÉE

### SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ATELIER DE RÉPARATIONS

NOM DE L'ATELIER DE RÉPARATIONS		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) _____ - _____		COÛT ESTIMATIF _____ \$	
ADRESSE			VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

### SECTION 6 – RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ASSURANCES (PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

DISPOSEZ-VOUS D'AUTRES ASSURANCES OU COUVERTURES PERSONNELLES QUI PRENNENT EN CHARGE LE SINISTRE? (PRIÈRE DE COCHER UNE SEULE CASE)		<input type="checkbox"/> OUI (SI OUI, VEUILLEZ INCLURE UNE PHOTOCOPIE DE LA DÉCISION ÉCRITE DE L'ASSUREUR CONCERNANT LE REMBOURSEMENT ÉMIS POUR VOTRE RÉCLAMATION)	<input type="checkbox"/> NON
NOM DU COMMERÇANT / FOURNISSEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) _____ - _____	NUMÉRO DE POLICE OU DE RÉGIME	
MONTANT TOTAL PAYÉ PAR L'AUTRE ASSURANCE _____ \$			

VEUILLEZ NOUS FOURNIR UNE COPIE DE L'EXPLICATION DE L'INDEMNITÉ QUE VOUS AVEZ REÇUE À L'ÉGARD DE VOTRE RÉCLAMATION.

### SECTION 7 – 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 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 Solutions.

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

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