



DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE APPAREILS MOBILES

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 au détail non financé de votre appareil mobile ainsi que la date, les taxes et la description de l'achat.
- Une copie du relevé de votre compte de carte de crédit Desjardins à la date du sinistre.
- Lorsque la totalité du prix d'achat est portée à votre compte, le relevé de compte indiquant la transaction.
- Lorsque vous avez financé l'achat de votre appareil mobile au moyen d'un forfait offert pour une période de service par un fournisseur de services de communications sans fil, une preuve des paiements mensuels consécutifs facturés à votre compte pour les services de communications sans fil pendant une période d'au plus douze (12) mois précédant immédiatement la date du sinistre.
- Une copie de l'estimation écrite de la réparation d'un atelier de réparations autorisé (pour les demandes de règlement relatives à une défaillance mécanique ou à des dommages accidentels).
- Une copie de toute autre demande de règlement présentée à l'égard du sinistre.
- Un rapport de police, d'incendie ou d'assurance relatif au sinistre ou autre rapport concernant les dommages accidentels ou le vol de votre appareil mobile (pour les demandes de règlement relatives à des dommages accidentels ou à un vol).
- Une copie de la garantie originale du fabricant (pour les demandes de règlement relatives à une défaillance mécanique).

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 – ARTICLE RÉCLAMÉ (PRIÈRE DE JOINDRE UNE LISTE DÉTAILLÉE DES AUTRES ARTICLES AU BESOIN)

DESCRIPTION	FABRICANT	NUMÉRO DE MODÈLE	NUMÉRO DE SÉRIE / IMEI	
DATE D'ACHAT (JJ/MM/AA) ____/____/____	NOM DU VENDEUR CHEZ LEQUEL L'ARTICLE A ÉTÉ ACHETÉ	PRIX AU DÉTAIL _____ \$ (NON FINANCÉ)	PRIX D'ACHAT _____ \$	TAXE _____ \$
LE OU LES ARTICLES ONT-ILS ÉTÉ OFFERTS EN CADEAU?		<input type="checkbox"/> OUI (SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LE NOM ET L'ADRESSE DU OU DES DESTINATAIRES DU OU DES CADEAUX) <input type="checkbox"/> NON		

SECTION 4 – DÉTAILS DU SINISTRE

VEUILLEZ EXPLIQUER COMMENT LE SINISTRE S'EST PRODUIT

DATE DU SINISTRE (AAAA/MM/JJ) ____/____/____	TYPE DE SINISTRE : <input type="checkbox"/> DÉFAILLANCE MÉCANIQUE <input type="checkbox"/> DOMMAGES ACCIDENTELS <input type="checkbox"/> VOL <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 – ASSURANCE APPAREILS MOBILES

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ATELIER DE RÉPARATIONS (POUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT RELATIVES À UNE DÉFAILLANCE MÉCANIQUE OU À DES DOMMAGES ACCIDENTELS)			
NOM DE L'ATELIER DE RÉPARATIONS		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () _____ - _____	
ADRESSE		VILLE	PROVINCE
			CODE POSTAL
		COÛT ESTIMATIF _____ \$	
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 – AVIS DE SINISTRE DONNÉ AU FOURNISSEUR CANADIEN DE SERVICES DE COMMUNICATIONS SANS FIL			
AVEZ-VOUS AVISÉ VOTRE FOURNISSEUR CANADIEN DE SERVICES DE COMMUNICATIONS SANS FIL DU SINISTRE? (PRIÈRE DE COCHER UNE SEULE CASE)		<input type="checkbox"/> OUI DATE DE L'AVIS (AAAA/MM/JJ) _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> NON HEURE DE L'AVIS _____
SECTION 8 – ATTESTATION ET AUTORISATION			
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			
SIGNATURE DU TITULAIRE DE CARTE		DATE (AAAA/MM/JJ) _____/_____/_____	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>©Assurant Solutions est une marque de commerce déposée de Assurant Inc.</p>			