

Déclaration du demandeur pour assurance-collision sans franchise d'une voiture de location

Attention : Réclamations Float

Téléphone: 1 888 519 5451

Courriel: Float@crawco.ca

EXIGENCES DE LA RÉCLAMATION :

- Formulaire de déclaration du demandeur rempli par le locataire et/ou le représentant désigné
- Contrat de location
- Formulaire d'inspection de la location – avant et après la période de location
- Vérification de la carte de crédit (***4 derniers chiffres*** et photo du nom en relief)
- Facture détaillée des réparations effectuées par l'installation de réparation
- Photos de la zone endommagée et du relevé du compteur kilométrique
- Détails sur le bénéficiaire
- Autres documents justificatifs déterminés ou demandés par l'arbitre de Crawford

Veillez noter qu'une signature numérique peut être utilisée pour remplir la version PDF de ce formulaire. Si vous souhaitez signer à la main le formulaire rempli, veuillez l'imprimer, le signer, le numériser et le soumettre à l'arbitre de Crawford & Company (Canada).

Lorsque vous remplissez ce formulaire, indiquez seulement les *4 derniers chiffres* de la carte de crédit. Si vous ne le faites pas, le formulaire vous sera renvoyé.

UN EXPERT EN SINISTRE VOUS CONTACTERA SI VOUS
DEVEZ FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS OU DES
DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Déclaration du demandeur pour assurance-collision sans franchise d'une voiture de location

TITULAIRE DE LA POLICE / PERSONNE ASSURÉE

Nom_

Adresse résidentielle de la personne assurée_

N° de téléphone (dom)_____

Adresse de courriel:

N° de téléphone (aff./cellulaire) _____

Numéro de la police d'assurance :	
Banque émettrice de la carte de crédit	
Numéro de la carte de crédit (4 derniers chiffres) :	
Nom figurant sur la carte de crédit	

RENSEIGNEMENTS SUR LE VÉHICULE DE LOCATION PARTIE A

Nom du conducteur et Adresse		
Numéro de téléphone et courriel		
Nom de l'entreprise de location :		
Marque du véhicule :	Modèle du véhicule :	Année du véhicule :
N° du contrat de location :	Montant réclamé :	N° de plaque d'immatr. du véhicule de location :
Explication du montant réclamé :		
Date de ramassage initiale du véhicule de location :	Date de dépôt du véhicule de location :	
jj/mm/aaaa	jj/mm/aaaa	

DÉTAILS DU SINISTRE PARTIE B

Date du sinistre : _____ Heure du sinistre : _____

Lieu du sinistre : _____

Description de l'accident/Incident : _____

*Veillez joindre à votre demande de remboursement toutes les photos de l'accident et/ou des dommages subis par le véhicule.*Accident/Vol déclaré à : Police ☐ Autre ☐ (veuillez préciser) : _____ N° de rapport : _____aucun ☐

Nom de l'agent : _____ N° d'insigne : _____ Accusations portées : _____

Nom du service de police : _____ Détachement _____

Sélectionnez le type de dommage (vous pouvez en choisir plusieurs) :

☐ Véhicule de location heurté à l'arrière ☐ Autre(s) véhicule(s) heurté(s) à l'arrière ☐ Collision à une intersection☐ Collision/incident dans un terrain de stationnement☐ Véhicule stationné et inoccupé ☐ Pneu(s) ☐ Accessoires du véhicule ☐ Vitres ☐ Dommages intérieurs☐ Autre (veuillez fournir une description) : _____**Si le conducteur du véhicule de location impliqué dans l'accident/incident n'était pas le locataire enregistré, veuillez**

Déclaration du demandeur pour assurance-collision sans franchise d'une voiture de location

indiquer le nom et les coordonnées du conducteur ci-dessous : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE PARTIE C

Avez-vous une autre assurance (assurance automobile) qui pourrait couvrir cet accident ou ce sinistre?

OUI ☐ NON ☐ Si oui, veuillez remplir la section suivante :

Nom de la compagnie d'assurance :	Adresse :
Numéro de la police d'assurance :	Une réclamation a-t-elle été présentée? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez fournir le nom de l'évaluateur :	N° de téléphone de l'évaluateur :
Numéro de réclamation de l'évaluateur :	État de la réclamation :

DÉTAILS DE LA RÉPARATION/DÉS DOMMAGES PARTIE D

1. Veuillez fournir tous les détails de votre réclamation, y compris les dommages/la collision subis et les circonstances de l'accident ou du sinistre en question : _____

2. Veuillez indiquer le nom et les coordonnées de l'installation de réparation et le montant du remboursement demandé (le cas échéant) : _____

3. Partie du véhicule qui a été endommagée : _____ Total de la facture de réparation : _____

4. L'atelier de réparation a-t-il indiqué que l'article ne peut pas être réparé Oui ☐ Non ☐ L'article a-t-il été réparé? Oui ☐ Non ☐

5. Montant de cette demande _____ \$ Devise _____ Montant payé par une autre assurance (le cas échéant) _____ \$

6. Les prestations sont payables à (cochez une case) ☐ Titulaire de la carte ☐ Entreprise de location ☐ Autre _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ PARTIE E (s'ils sont différents des « renseignements sur la personne assurée » ci-dessus)

Nom du représentant du demandeur _____ Lien avec la personne assurée _____
 Adresse du représentant _____ N° de tél. (dom.) _____
 N° de tél. (aff./cellulaire) _____ Adresse de courriel : _____

Déclaration du demandeur pour assurance-collision sans franchise d'une voiture de location**AUTORISATION ET CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA RÉCLAMATION PARTIE F**

Si vous n'avez pas d'autre assurance qui pourrait couvrir ce sinistre, veuillez remplir l'« attestation d'absence d'autre assurance » ci-dessous :

Signature :**Date :****AUTORISATION ET CONSIDERATION RELATIVES A LA RECLAMATION**

Avis de confidentialité : Je comprends que les renseignements fournis par moi sur le présent formulaire de réclamation et autrement à l'égard de ma réclamation sont requis par Crawford & Co (Canada), Chubb compagnie d'assurance du Canada et/ou Chubb compagnie d'assurance-vie du Canada, ses réassureurs et ses administrateurs autorisés (l'« assureur ») pour évaluer mon droit aux prestations, y compris, mais sans s'y limiter, pour déterminer si la couverture est en vigueur, examiner l'applicabilité des exclusions et coordonner la couverture avec d'autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance existants à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et auprès de moi et, au besoin, recueillera des renseignements auprès de tiers et échangera des renseignements avec eux. L'assureur constitue un dossier relatif à la réclamation dont l'accès est limité aux employés et agents autorisés de l'assureur et aux personnes autorisées par la loi. Si j'ai le droit d'accéder à ces renseignements, l'accès me sera accordé ou sera accordé aux personnes que j'ai le droit d'autoriser. Je comprends que dans certains cas, les employés, les fournisseurs de services, les agents, les réassureurs de Chubb ainsi que tous leurs fournisseurs peuvent être situés dans des juridictions à l'extérieur du Canada et que mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la distribution de mes renseignements personnels comme cela peut être nécessaire à ces fins à la date de signature de la présente déclaration du demandeur et je comprends que ce consentement restera en vigueur jusqu'à ce que je le révoque. **Pour en savoir plus sur la politique de confidentialité de Chubb ou sur nos pratiques en matière de confidentialité,** veuillez consulter le site chubb.com/ca ou envoyer une demande écrite à : Privacy Officer, Chubb, 199 Bay Street - Suite 2500, P.O. Box 139, Commerce Court Postal Station, Toronto, Ontario M5L 1E2.

Avis d'autorisation : J'AUTORISE toute compagnie d'assurance, toute organisation ou agence de voyages, tout transporteur aérien, toute compagnie de croisière, tout voyageur, toute agence de location, tout hôtel, tout motel ou toute entité similaire fournissant un hébergement sur la base d'une location ou d'un crédit-bail, toute installation de réparation, tout fournisseur, tout établissement de vente au détail ou toute autre personne pouvant avoir connaissance de cette réclamation à communiquer toute information demandée concernant cette réclamation et le sinistre déclaré.

Attestation du demandeur : Je comprends que Crawford & Co. (Canada) agit à titre de tiers administrateur et traite ces réclamations au nom de Chubb compagnie d'assurance du Canada ou de Chubb compagnie d'assurance-vie du Canada. Les déclarations ci-dessus sont véridiques et complètes au meilleur de mes connaissances et de ma conviction. En cas de déclaration fausse ou trompeuse dans le cadre de cette réclamation, la couverture peut être annulée, le paiement des prestations refusé et les paiements de sinistres passés recouvrés sans remboursement des primes versées. Je m'engage à rembourser à l'assureur le montant de tout paiement effectué dans le cas où ces montants n'auraient pas dû être versés dans le cadre de ma réclamation. Je sais que j'ai le droit de recevoir une copie de cette autorisation sur demande et j'accepte qu'une copie photographique ou un fac-similé de cette autorisation soit aussi valable que l'original. Je conviens que cette autorisation est valable pour la durée de la présente réclamation.

En signant ce formulaire de réclamation, je certifie qu'à ma connaissance, toutes les déclarations ci-dessus sont véridiques et complètes.

Signature : _____ **Date :** ____/____/____
jj/mm/aaaa

Nom (en lettres moulées) : _____