

AVIS BUDGET LOCATION DE VÉHICULE CANADA ULC

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR EFFETS PERSONNELS

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉTENTEUR DE LA POLICE D'ASSURANCE

NOM : _____	DATE : _____
ADRESSE : _____	TÉL. DOM. : _____
_____	TÉL. CEL. : _____
VILLE : _____ PROV : _____ CODE POSTAL : _____	COURRIEL : _____

2. INSTRUCTIONS POUR SOUMETTRE VOTRE RÉCLAMATION

- VÉRIFIEZ QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT EXACTS ET CORRIGEZ AU BESOIN.
- VEUILLEZ COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN TOTALITÉ ET JOINDRE TOUS LES DOCUMENTS REQUIS.
- SIGNEZ, DATEZ ET RETOURNEZ LE TOUT À :
TRAVELCLAIMS@WTP.CA
OU
WORLD TRAVEL PROTECTION CANADA INC.
901, Rue King Ouest, 3e étage
TORONTO, ON
M5V 3H5
CANADA

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT CETTE RÉCLAMATION,
VEUILLEZ NOUS CONTACTER AU : 416-941-0448
OU +1 888-999-1971.

**TOUT FORMULAIRE INCOMPLET OU DOCUMENT MANQUANT RETARDERA
LE TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER.**

JOIGNEZ À CE FORMULAIRE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- PREUVE D'ACHAT (REÇU ORIGINAL DU MAGASIN OU FACTURE DES ARTICLES RECLAMÉS)
- RAPPORT DE DOMMAGES ET DE PERTES OU RAPPORT DE POLICE
- JOINDRE UNE COPIE DE VOTRE CONTRAT DE LOCATION

CONSERVEZ UNE COPIE DE TOUS LES DOCUMENTS SOUMIS POUR VOS DOSSIERS.

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION

LIEU DE LA PERTE		
DATE DE LA LOCATION DU VÉHICULE	DATE ET HEURE DE LA PERTE	
NOM DE LA COMPAGNIE DE LOCATION :		
ADRESSE OU LA VOITURE A ÉTÉ LOUÉE (RUE, VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL) :		
DESCRIPTION DE LA FAÇON DONT LA PERTE OU LES DOMMAGES SE SONT PRODUITS :		
NUMÉRO DU CONTRAT DE LOCATION	NUMÉRO DE VÉHICULE	
NUMÉRO DE RAPPORT DE POLICE		
NOM DE L'AGENT DE POLICE, MATRICULE ET DIVISION		

AVIS BUDGET LOCATION DE VÉHICULE CANADA ULC

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR EFFETS PERSONNELS

4. RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION (SUITE)

VEUILLEZ FOURNIR DES DÉTAILS SUR LES AUTRES ASSURANCES CI-DESSOUS.

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	NUMÉRO DE POLICE/RÉGIME
NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	NUMÉRO DE POLICE/RÉGIME

ARTICLES RÉCLAMÉS

DESCRIPTION DU/DES ARTICLE(S)	DATE ET LIEU D'ACHAT	COÛT ORIGINAL	COÛT DE REMPLACEMENT	POUR USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT	
				DÉPRÉCIATION	VALEUR AU JOUR DU SINISTRE

SI VOUS AVEZ D'AUTRES ARTICLES À RÉCLAMER, VEUILLEZ JOINDRE UNE LISTE DÉTAILLÉE.

AVIS BUDGET LOCATION DE VÉHICULE CANADA ULC

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR EFFETS PERSONNELS

5. ATESTATION ET AUTORISATION

JE COMPRENDS QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR MOI SUR CE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET AUTRES DOCUMENTS CONCERNANT MA RÉCLAMATION, SONT EXIGÉS PAR L'ASSUREUR, SES RÉASSUREURS POUR ÉVALUER MON DROIT AUX PRESTATIONS, Y COMPRIS, MAIS SANS S'Y LIMITER, POUR DÉTERMINER LA COUVERTURE. À CES FINS, L'ASSUREUR CONSULTERA ÉGALEMENT LES DOSSIERS D'ASSURANCE EXISTANTS ME CONCERNANT ET J'AUTORISE LA COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES ET LA COLLECTE ET ECHANGE DES RENSEIGNEMENTS AVEC DES TIERS.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS PEUVENT ÊTRE TRAITÉS ET CONSERVÉS PAR ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA (DIRECTION CANADIENNE) ET SES SOCIÉTÉS AFFILIÉES (COLLECTIVEMENT, « ZURICH ») ET REPRÉSENTANTS AUTORISÉS, À LA FOIS DANS LES JURIDICTIONS NATIONALES ET ÉTRANGÈRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA ET SONT SOUMIS AUX LOIS APPLICABLES. VEUILLEZ CONTACTER LE RESPONSABLE DE LA CONFIDENTIALITÉ DE ZURICH SI VOUS AVEZ BESOIN D'INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA COLLECTE, L'UTILISATION, LA DIVULGATION, LE TRAITEMENT ET LA CONSERVATION DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES PAR COURRIEL À PRIVACY.ZURICH.CANADA@ZURICH.COM OU VOUS POUVEZ CONSULTER NOTRE DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ SUR [HTTPS : / /WWW.ZURICHCANADA.COM/FR-CA/ABOUT-ZURICH/PRIVACY-STATE](https://www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-state).

TOUTEFOIS, LE REFUS DE FOURNIR UN CONSENTEMENT PEUT EMPÊCHER ZURICH D'OFFRIR ET D'ADMINISTRER LA RÉCLAMATION D'ASSURANCE ET/OU D'EMPÊCHER ZURICH DE PAYER LES PRESTATIONS D'ASSURANCE.

ZURICH S'ENGAGE À PROTÉGER LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS FOURNIES. VOTRE DOSSIER EST SÉCURISÉ DANS NOS BUREAUX OU CEUX DE NOTRE ADMINISTRATEUR OU AGENT. VOUS POUVEZ DEMANDER D'EXAMINER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS QU'IL CONTIENT ET D'APPORTER DES CORRECTIONS EN ÉCRIVANT À : RESPONSABLE DE LA CONFIDENTIALITÉ, ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA, 100 KING STREET WEST, SUITE 5500, BOÎTE POSTALE 290, TORONTO, ONTARIO, M5X 1C9.

AUX FINS DE LA LOI SUR LES COMPAGNIES D'ASSURANCES (CANADA) CE DOCUMENT TEL QU'ÉMIS DANS LE CADRE DES AFFAIRES D'ASSURANCE DE ZURICH AU CANADA

CERTIFICATION

LES DÉCLARATIONS QUE JE FOURNIS EN REMPLISSANT CE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET AUTRES DOCUMENTS CONCERNANT MES RÉCLAMATIONS SONT VRAIES ET COMPLÈTES ET AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE. EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION OU DE DÉCLARATION TROMPEUSE DANS LA PRÉSENTATION DE CETTE RÉCLAMATION, LA COUVERTURE PEUT ÊTRE ANNULÉE, LE PAIEMENT DES PRESTATIONS REFUSÉ ET LES PAIEMENTS DES RÉCLAMATIONS ANTÉRIEURES RÉCUPÉRÉ. J'ACCEPTÉ DE REMBOURSER À L'ASSUREUR LE MONTANT DE TOUT PAIEMENT EFFECTUÉ DANS L'ÉVENTUALITÉ OU CES MONTANTS N'AURAIENT PAS DUS ÊTRE PAYÉS.

UNE PHOTOCOPIE DE CETTE AUTORISATION SERA CONSIDEREE VALIDE ET AURA LA MEME VALEUR QUE L'ORIGINAL. CETTE AUTORISATION SERA CONSIDÉRÉE VALABLE POUR LA DURÉE DE LA RÉCLAMATION, MAIS N'EXCÉDERA PAS UN AN À PARTIR DE LA DATE DE SIGNATURE.

JE CONSENS ET ACCEPTE LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION PAR L'ASSUREUR, SES AGENTS ET ADMINISTRATEURS DE MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DE SANTÉ ÉNONCÉS AUX PRÉSENTES ET DANS TOUS LES DOCUMENTS OU RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LE CADRE DE MA RÉCLAMATION POUR TRAITER, ENQUÊTER ET RÉGLER MA RÉCLAMATION

SIGNATURE : _____

DATE : _____

AVIS BUDGET LOCATION DE VÉHICULE CANADA ULC

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR EFFETS PERSONNELS

6. ATTESTATION ET AUTORISATION

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (DIRECTION CANADIENNE), SES AGENTS ET ADMINISTRATEURS AUTORISÉS CI-APRÈS DÉSIGNÉS COMME « L'ASSUREUR » OU « ILS » DOIVENT OBTENIR ET CONSERVER CERTAINS RENSEIGNEMENTS D'ORDRE PERSONNEL . ILS UTILISENT CES RESEIGNEMENTS SEULEMENT AFIN D'ADMINISTRER VOTRE POLICE D'ASSURANCE, D'OFFRIR LE SERVICE À LA CLIENTÈLE ET D'ÉVALUER ET DE RÉGLER LES RÉCLAMATIONS.

EN CE QUI CONCERNE LES PAIEMENTS EFFECTUÉS EN MON NOM, J'AUTORISE QUE LES INDEMNITÉS PAYÉES OU À PAYER PAR TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE EN RAPPORT AVEC CETTE RÉCLAMATION SOIENT AFFECTÉES EN TOTALITÉ OU EN PARTIE À WORLD TRAVEL PROTECTION INC. POUR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE EN VERTU DE LAQUELLE CE PAIEMENT EST FAIT

AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

JE COMPRENDS QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE JE FOURNIS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET DE TOUTE AUTRE FAÇON RELATIVEMENT À MA RÉCLAMATION SONT REQUIS PAR L'ASSUREUR ET SES RÉASSUREURS AFIN D'ÉVALUER MON DROIT AUX PRESTATIONS, NOTAMMENT POUR DÉTERMINER SI L'ASSURANCE EST EN VIGUEUR ET POUR VÉRIFIER L'APPLICABILITÉ DES EXCLUSIONS. 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 ET ÉCHANGERA DES RENSEIGNEMENTS AUPRÈS DE TIERS.

SIGNATURE : _____

DATE : _____