



Les instructions pour remplir la demande d'indemnisation au titre de la garantie prolongée comptent quatre sections :

- Section 1 : Renseignements au sujet du titulaire de carte ou du détenteur du certificat
- Section 2 : Description de l'achat
- Section 3 : Description du problème
- Section 4 : Autorisation et déclaration

Nota :

- Veuillez inscrire tous les renseignements à l'aide d'un stylo.
- Paraphez toutes les corrections ou modifications, y compris toute correction apportée au moyen de liquide correcteur.
- Il est obligatoire de remplir les quatre sections, et toute omission risque de retarder le traitement de votre demande d'indemnisation.
- Nous avons inclus des cases ci-dessous pour vous aider à remplir la trousse de demande d'indemnisation.
- Si vous avez des questions, veuillez joindre notre administrateur au 1 800 293-4941.

Instructions pour le demandeur

Cocher une
fois la tâche
accomplie

- Remplissez et signez le formulaire de demande d'indemnisation ci-joint.
- Fournissez les documents suivants, s'il y a lieu, et cochez la case appropriée pour chaque document inclus :
 - une copie de votre relevé mensuel de carte de crédit et une copie du reçu indiquant le prix d'achat initial
 - une copie du reçu de caisse détaillé correspondant à l'article acheté
 - le numéro de série, s'il est disponible
 - une copie de la garantie d'origine du fabricant, valide au Canada
- Conservez une copie de la trousse de demande d'indemnisation remplie pour vos dossiers.
- Retournez les formulaires originaux à l'adresse suivante :

Allianz Global Assistance
B.P. 277
Waterloo (Ontario) N2J 4A4
Télec. : 519-742-9471

Section 4: Autorisation et déclaration

- Je déclare que toutes les déclarations faites sur le présent formulaire de réclamation sont exactes, véridiques et complètes. Je reconnais qu'une déclaration fautive, trompeuse ou incomplète pourrait entraîner le rejet de la réclamation ainsi que l'annulation de la couverture d'assurance par l'assureur. Le soussigné convient de rembourser le montant de tout paiement qui n'aurait pas dû être effectué.
- J'autorise tout autre société d'assurance à communiquer des renseignements concernant les prestations et paiements médicaux relatifs à la présente réclamation à Compagnie d'Assurance Habitation et Auto TD et à son administrateur Allianz Global Assistance (« Allianz ») ou à ses représentants et à échanger de tels renseignements avec ces derniers.
- Les renseignements fournis à l'égard de la présente réclamation seront utilisés par Compagnie d'Assurance Habitation et Auto TD et son administrateur Allianz ou leurs représentants pour mener une enquête à l'égard de toute perte, évaluer tout droit à des prestations et administrer la présente réclamation ou pour toute autre fin indiquée aux conditions de confidentialité disponibles à l'adresse <http://www.td.com/francais/confidentialite-et-securite/confidentialite-et-securite/nos-engagements-a-legard-de-la-confidentialite/general-insurance-privacycode.jsp> ou incluses avec votre carte de crédit. Nous examinerons et administrerons la présente réclamation en consultant les dossiers de l'assureur et en échangeant des renseignements avec le soussigné et des tiers, notamment des services de police, d'incendie et d'urgence, des parties à une action en subrogation et d'autres sources indépendantes.
- J'autorise Allianz (y compris ses représentants et les membres de son groupe) à communiquer à Compagnie d'Assurance Habitation et Auto TD tout renseignement relatif à la présente réclamation qu'elle peut avoir en sa possession, notamment des renseignements pouvant être obtenus de tiers. Je conviens que toute autorisation fournie à Allianz dans le but d'obtenir auprès de tiers des renseignements concernant la présente réclamation constitue également une autorisation permettant à Compagnie d'Assurance Habitation et Auto TD d'obtenir des copies de ces renseignements.
- J'autorise également l'assureur, son réassureur et leurs mandataires respectifs à échanger et/ou à transmettre des renseignements concernant la présente réclamation aux organisations énumérées ci-dessus de la manière nécessaire à l'évaluation de la présente réclamation. Le présent consentement sera valide pour la durée de cette réclamation.
- Je conviens que si je suis une personne à charge aux termes de la présente couverture d'assurance, l'assuré désigné aura accès à des renseignements relatifs à la présente réclamation dans le cadre de l'administration de ce régime.
- Je conviens qu'une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation fera foi de l'original et que la présente autorisation sera considérée valide pour la durée de la présente réclamation, sans toutefois excéder deux ans à compter de la date de sa signature. Je reconnais que les renseignements me concernant pourraient être révisés advenant un audit de ce régime.

Demandeur _____
(Nom de famille) (Prénom, initiale)

Signature du demandeur _____ Date: _____
(Jour/mois/année)

Veillez noter que les photocopies et les images numérisées sont acceptées. Les originaux ne seront pas retournés après le traitement de votre demande d'indemnisation..