

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER. Veuillez prendre note des renseignements importants suivants concernant la présentation d'une demande de règlement à Assurant.

- Il est important que vous remplissiez toutes les sections nécessaires et fournissiez tous les documents à l'appui pour éviter des retards de traitement.
- Au besoin, utilisez une feuille de papier séparée pour inclure les noms et les numéros de compte des autres comptes couverts par Assurant.
- Vous êtes responsable de continuer d'effectuer vos paiements réguliers prévus jusqu'à ce que nous ayons pris une décision sur n'importe quelle demande de règlement présentée au titre du certificat d'assurance.

Remplissez les sections pertinentes pour votre type de demande :

Passez en revue la liste de vérification pour vous assurer que vous avez fourni tous les documents exigés et que vous avez rempli au complet et signé (ou fait signer) toutes les sections nécessaires.

1

- Remplissez et signez la section 1.
- Demandez à votre médecin de famille de remplir la section 2.

2**QUAND RETOURNER LES FORMULAIRES ET LES DOCUMENTS À L'APPUI**

Le formulaire de prolongation doit être rempli par votre médecin de famille si votre sinistre se poursuivra au-delà de la date du dernier paiement.

3**VOTRE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS MÉDICAUX À L'APPUI PAR UN DES MOYENS SUIVANTS :**

- **Poste** : Assurant, Service des règlements, C.P. 7000, Kingston (Ontario) K7L 5V3
- **Télécopieur** : 1-800-645-9405

Nous vous conseillons de conserver des copies de tous les documents que vous nous faites parvenir.

Une fois que vous avez envoyé votre demande, veuillez prévoir un délai de 15 jours ouvrables pour le traitement. Tous les paiements de prestations sont versés directement à votre créancier et seront indiqués sur votre relevé mensuel de facturation.

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER.

Appelez-nous si vous avez des questions sur le processus de présentation d'une demande de règlement.

Communiquez avec nous sans frais. Téléphone : 1-800-661-5800 Télécopieur : 1-800-645-9405

SECTION 1
PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES
RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

À REMPLIR AU COMPLET

NOM DU DEMANDEUR		NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT	NUMÉRO DE COMPTE
ADRESSE <input type="checkbox"/> COCHER ICI EN CAS DE CORRECTIONS D'ADRESSE			
NOM DU CRÉANCIER			
ADRESSE DE COURRIEL (LE CAS ÉCHÉANT)		QUEL EST LE MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ? <input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL	
DÉCRIVEZ VOS ACTIVITÉS COURANTES ET TOUT CHANGEMENT CONCERNANT VOTRE ÉTAT DE SANTÉ			
AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À PLEIN TEMPS <input type="checkbox"/> À TEMPS PARTIEL	SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE	RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS DE LA CSPAA/CSST OU D'AUTRES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ? <input type="checkbox"/> CSPAA/CSST <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> AUTRES (PRÉCISEZ) _____
RECEVEZ-VOUS UNE RENTE DU RPC OU DE LA RRQ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, FOURNISSEZ UNE COPIE DE VOTRE LETTRE D'ACCEPTATION OU LA PREUVE QUE VOUS TOUCHEZ UNE RENTE DU RPC OU DE LA RRQ		
Je certifie que l'information qui précède est exacte et véridique. J'AUTORISE tout employeur, médecin, hôpital, assureur, organisme d'application de la loi, service d'incendie ou toute autre organisation ou personne possédant des dossiers, des données ou des renseignements concernant la présente demande à fournir de tels dossiers, données ou renseignements à ASSURANT ou son représentant autorisé sur demande. Je comprends qu'en signant la présente autorisation, je renonce au statut privilégié de ladite information. Une photocopie de la présente autorisation peut être tout aussi valide et exécutoire que l'originale. Cette autorisation restera valide pour la durée de la demande de règlement.			
SIGNATURE DU DEMANDEUR		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	DATE ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA

SECTION 2
PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES
DÉCLARATION DU MÉDECIN

À FOURNIR SANS FRAIS POUR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

NOM COMPLET DU PATIENT			ÂGE
ADRESSE DU PATIENT - RUE/VILLE/PROVINCE/CODE POSTAL			
DIAGNOSTICS/RÉSULTATS OBJECTIFS		CODE(S) DE DIAGNOSTIC <input type="checkbox"/> CIM9 _____ <input type="checkbox"/> CPT _____ <input type="checkbox"/> DSM III _____	
DATES DES TRAITEMENTS DONNÉS AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS		PROCHAINE CONSULTATION JJ / MM / AA	FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS <input type="checkbox"/> MENSUELLE <input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE _____
LE PATIENT A-T-IL SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE DEPUIS LE DERNIER RAPPORT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, DÉCRIREZ-LA DATE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE JJ / MM / AA	
TRAITEZ-VOUS TOUJOURS LE PATIENT POUR CETTE AFFECTION? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, INDIQUEZ LA DATE APPROXIMATIVE DE SON RETOUR AU TRAVAIL JJ / MM / AA	
SI NON, INDIQUEZ LA DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ CESSÉ DE TRAITER LE PATIENT JJ / MM / AA			
DÉCRIREZ TOUTES LES RESTRICTIONS DU PATIENT			
PROGNOSTIC			L'ÉTAT DU PATIENT S'EST-IL AMÉLIORÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DONNEZ LES DATES EXACTES DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER DU : JJ / MM / AA AU : JJ / MM / AA <input type="checkbox"/> SA PROFESSION <input type="checkbox"/> TOUTE AUTRE PROFESSION		DONNEZ LES DATES EXACTES DE L'INVALIDITÉ PARTIELLE (CAPABLE D'ACCOMPLIR CERTAINES TÂCHES) DU : JJ / MM / AA AU : JJ / MM / AA _____ HEURES PAR SEMAINE <input type="checkbox"/> SA PROFESSION <input type="checkbox"/> TOUTE AUTRE PROFESSION	
À VOTRE AVIS, QUEL EST L'ÉTAT DE CE PATIENT? <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ PERMANENTE <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> AUCUNE INVALIDITÉ		SI LE PATIENT EST TEMPORAIREMENT INVALIDE, PENDANT COMBIEN DE TEMPS LE SERA-T-IL ENCORE? <input type="checkbox"/> 1 MOIS <input type="checkbox"/> 2 MOIS <input type="checkbox"/> 3 MOIS <input type="checkbox"/> 4 MOIS <input type="checkbox"/> 5 MOIS <input type="checkbox"/> 6 MOIS <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	
J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT À MA CONNAISSANCE EXACTS ET VÉRIDIQUES.			
NOM DU MÉDECIN (EN LETTRES D'IMPRIMERIE)			
RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
SIGNATURE DU MÉDECIN			DATE JJ / MM / AA
NUMÉRO D'IDENTIFICATION	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR ()	
CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR LE MÉDECIN OU PORTER LE TIMBRE DU CABINET			

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (ABLAC) et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (ABIC) ainsi que leurs filiales et sociétés affiliées exercent leurs activités commerciales au Canada sous la dénomination sociale Assurant®. ©Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc. ABIC et ABLAC peuvent recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels que vous leur avez fournis et qui ont été obtenus d'autres parties avec votre consentement. Elles peuvent utiliser ces renseignements pour établir votre dossier et pour vous servir à titre de client ou lorsque cela est exigé ou permis par la loi. Vos renseignements personnels pourraient être traités et stockés dans un autre pays où ils peuvent faire l'objet d'accès par les autorités gouvernementales en vertu des lois applicables de ce pays.