

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.

2

QUAND RETOURNER LES FORMULAIRES ET LES DOCUMENTS À L'APPUI

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

3

ENVOYEZ-NOUS LES FORMULAIRES REMPLIS ET TOUS LES DOCUMENTS À L'APPUI À :

Poste :

Assurant, Service des règlements,
C.P. 7000, Kingston (Ontario) K7L 5V3

Télécopieur :

1-800-645-9405

En ligne :

cartesfondes.assurant.com

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					
RUE		VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL
NOM DU CRÉANCIER					
MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ		ADRESSE DE COURRIEL (LE CAS ÉCHÉANT)			
<input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL					
DÉCRIVEZ VOS ACTIVITÉS COURANTES					
AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL DEPUIS VOTRE PERTE D'EMPLOI? <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 AAAA	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE	RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
SI NON, POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS REPRIS LE TRAVAIL?					
PARTICIPEZ-VOUS ACTUELLEMENT À UNE GRÈVE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			RECEVEZ-VOUS DES INDEMNITÉS DE GRÈVE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
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.					
<input type="checkbox"/> En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est vraie en date du _____					
SIGNATURE DU DEMANDEUR		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()		DATE JJ MM AAAA	
IL FAUT QUE CE FORMULAIRE SOIT SIGNÉ ET DATÉ					