

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 les paiements à votre compte 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

POUR TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

- Remplissez et signez les sections 1 et 2.
- NOTE:** Si vous souhaitez autoriser un membre de votre famille ou un ami à communiquer avec nous en votre nom, veuillez remplir l'autorisation de divulgation de renseignements de la section 2. Cette autorisation lui permettra de discuter de votre demande de règlement avec un représentant de Assurant dans le cas où vous n'êtes pas disponible.

2

INVALIDITÉ OU MUTILATION

- En cas d'invalidité, soumettez votre demande de règlement après 30 jours consécutifs d'invalidité.
- En cas de mutilation, soumettez votre demande de règlement à n'importe quel moment après la date du diagnostic.
- Demandez à votre médecin de famille de remplir la section 3.
- En cas d'invalidité, demandez à votre employeur actuel de remplir la section 4.
- Si vous êtes un travailleur indépendant ET que votre couverture prévoit une protection pour le travail indépendant, remplissez l'affidavit sur le travail indépendant.

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 TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL

Veillez remplir cette section pour toutes les demandes de règlement.

NOM DU CRÉANCIER		NUMÉRO DE COMPTE				
NOM DU TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL						
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		DATE DE NAISSANCE		ÂGE
				JJ	MM	AAAA
MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ <input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL		ADRESSE DE COURRIEL				
ADRESSE						
RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()		
NOM DU DEMANDEUR						
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		DATE DE NAISSANCE		
				JJ	MM	AAAA
RELATION AVEC LE TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL		ÊTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, À QUELLE DATE ÊTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL?		
				JJ	MM	AAAA

SECTION 2

AUTORISATION

Veillez certifier que les renseignements fournis aux présentes sont véridiques et exacts.

J'AUTORISE tout employeur actuel ou antérieur, organisme d'indemnisation des accidentés du travail, médecin, hôpital, clinique, société d'assurance, organisme d'application de la loi, service d'incendie, et toute autre personne ou entité, incluant le titulaire de la police collective, possédant des dossiers, des connaissances ou des renseignements personnels, médicaux et financiers au sujet du demandeur ou du défunt, à communiquer tous les détails complets (notamment en fournissant des copies) de tous les dossiers et renseignements personnels, financiers et médicaux disponibles, y compris les antécédents médicaux et les données d'ordre toxicologique ou pathologique qu'ils peuvent détenir, qui se rapportent à la demande de règlement à l'assureur indiqué ci-dessus, à son administrateur autorisé (ASSURANT), à son réassureur ou à leurs agents respectifs.

Ces renseignements doivent être utilisés aux fins de l'évaluation de la demande de règlement d'assurance et à toute fin relative à cette demande. La présente autorisation sera valable pendant la durée entière de la demande.

J'autorise l'assureur, son administrateur autorisé, ses réassureurs, le titulaire de la police collective et leurs agents respectifs à échanger des renseignements concernant la présente demande et/ou à transmettre ces renseignements aux entités indiquées ci-dessus, au besoin, aux fins d'évaluation de la présente 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.

Je comprends et je confirme qu'à ma connaissance, l'information fournie est complète et véridique. La présente demande sera nulle si, que ce soit avant ou après le sinistre, j'ai dissimulé ou présenté de manière inexacte des faits, ou si les documents soumis ont dissimulé ou présenté de manière inexacte des faits ou des circonstances s'y rapportant.

En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est vraie en date du _____

SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE
	JJ MM AAAA

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS VERBALEMENT

La confidentialité et la protection des renseignements privés et personnels de nos clients nous importent. Nous comprenons que dans certains cas, un demandeur pourrait souhaiter que quelqu'un communique avec Assurant en son nom. Veuillez remplir cette section si vous souhaitez autoriser une autre personne à discuter des détails de votre demande de règlement. Sans cette autorisation, nous ne pourrions parler à personne d'autre que le demandeur.

J'autorise Assurant à communiquer avec _____,
ma/mon _____, au sujet de ma demande.

En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est vraie en date du _____

SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE
	JJ MM AAAA

SECTION 3

PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

INVALIDITÉ OU MUTILATION À remplir par un médecin agréé sans frais à l'assureur

NOM COMPLET DU PATIENT																
NOM				PRÉNOM ET INITIALE(S)				TAILLE	POIDS	ÂGE	TENSION ARTÉRIELLE					
RUE				VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()									
À QUELLE DATE LES SYMPTÔMES SONT-ILS APPARUS POUR LA PREMIÈRE FOIS OU L'ACCIDENT EST-IL SURVENU?			JJ	MM	AAAA	EN CAS D'ACCIDENT, VEUILLEZ BRIÈVEMENT DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES				LE DEMANDEUR, CONDUISAIT-IL UN VÉHICULE À MOTEUR?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
DIAGNOSTIC PRINCIPAL										DATE DU DIAGNOSTIC						
										JJ	MM	AAAA				
DÉCRIVEZ TOUTE AUTRE MALADIE, BLESSURE OU AFFECTION SECONDAIRE INFLUANT SUR SON ÉTAT ACTUEL : (PRIÈRE D'ANNEXER UNE FEUILLE SÉPARÉE AU BESOIN)																
LE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT DE LA MÊME AFFECTION OU D'UNE AFFECTION SEMBLABLE?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR DES DÉTAILS				DATE DE TRAITEMENT POUR L'AFFECTION SIMILAIRE		JJ	MM	AAAA					
L'ÉTAT EST-IL LIÉ À LA GROSSESSE?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, VEUILLEZ DÉCRIRE LES COMPLICATIONS				DATE D'ACCOUCHEMENT PRÉVUE		JJ	MM	AAAA					
DATES DE TRAITEMENT POUR LA MALADIE ACTUELLE						FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS <input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) : <input type="checkbox"/> MENSUELLE _____										
PREMIÈRE VISITE		JJ	MM	AAAA	DERNIÈRE VISITE		JJ	MM	AAAA							
TOUTES LES DATES DE TRAITEMENT DEPUIS LE DÉBUT DE L'AFFECTION						NATURE DES TRAITEMENTS										
		JJ	MM	AAAA	JJ	MM	AAAA									
LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DU		JJ	MM	AAAA	AU		JJ	MM	AAAA	NOM DE L'HÔPITAL			
LE PATIENT A-T-IL SUBI UNE CHIRURGIE?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE				VEUILLEZ DÉCRIRE LA CHIRURGIE									
		JJ	MM	AAAA												
NOMS, ADRESSES ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DES AUTRES MÉDECINS TRAITANTS DE L'AFFECTION : (PRIÈRE D'ANNEXER UNE FEUILLE SÉPARÉE AU BESOIN)																
DATES EXACTES DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER				DU				JJ	MM	AAAA	AU		JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> SA PROFESSION <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION
DATES DE L'INCAPACITÉ PARTIELLE DE TRAVAILLER				DU				JJ	MM	AAAA	AU		JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> SA PROFESSION <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION
QUAND LE PATIENT SERA-T-IL SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR RETOURNER AU TRAVAIL?				JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> 1 MOIS	<input type="checkbox"/> 2 MOIS	<input type="checkbox"/> 3 MOIS	<input type="checkbox"/> INVALIDITÉ PERMANENTE	L'ESPÉRANCE DE VIE, EST-ELLE DE MOINS DE 12 MOIS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
				<input type="checkbox"/> 4 MOIS	<input type="checkbox"/> 5 MOIS	<input type="checkbox"/> 6 MOIS	<input type="checkbox"/> AUTRE : _____									
RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN AGRÉÉ																
NOM (EN LETTRES MOULÉES)										TAMPON DU MÉDECIN						
SPÉCIALISATION						NUMÉRO IDENTIFICATEUR										
ADRESSE																
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE						NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR										
SIGNATURE								DATE								
								JJ	MM	AAAA						
PRONOSTIC / REMARQUES (VEUILLEZ FOURNIR TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT PERTINENT - ANNEXER UNE FEUILLE SÉPARÉE AU BESOIN) « Je certifie que l'information qui précède se fonde sur une probabilité médicale raisonnable et qu'elle est, au meilleur de ma connaissance, exacte et véridique. »																

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.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

À remplir par l'employeur sans frais à l'assureur

Je suis l'employeur de l'assuré désigné et, afin de fournir des renseignements à l'assureur désigné pour obtenir un règlement de la demande dudit employé, je déclare ce qui suit :

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ					
NOM DE L'EMPLOYÉ					
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		DATE D'EMBAUCHE JJ MM AAAA	
HEURES DE TRAVAIL HEBDOMADAIRES	TITRE DU POSTE DE L'EMPLOYÉ				
TYPE D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> SAISONNIER <input type="checkbox"/> TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> CONTRACTUEL <input type="checkbox"/> AUTONOME (Veuillez remplir l'affidavit sur le travail indépendant)			EN CAS D'EMPLOI SAISONNIER, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES NORMALES DE TRAVAIL	DU JJ MM AAAA	AU JJ MM AAAA
BRÈVE DESCRIPTION DE SES FONCTIONS					
DATE DE L'AVIS DE PERTE D'EMPLOI JJ MM AAAA	DERNIER JOUR DE TRAVAIL JJ MM AAAA	DATE DE RETOUR AU TRAVAIL JJ MM AAAA	L'EMPLOYÉ A-T-IL REÇU UNE INDEMNITÉ DE DÉPART? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	EXPIRATION DE L'INDEMNITÉ DE DÉPART JJ MM AAAA	
RAISON DE L'INTERRUPTION DE L'EMPLOI					
L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS TOUTES SES FONCTIONS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LES HEURES DE TRAVAIL HEBDOMADAIRES	SI NON, QUELLES FONCTIONS EST-IL CAPABLE D'EXERCER?			
REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES					
RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE					
NOM DE L'ENTREPRISE				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	
ADRESSE					
RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR ()
REPLIE PAR					
TITRE					
NOM			PRÉNOM ET INITIALE(S)		
ADRESSE DE COURRIEL DU REPRÉSENTANT DE L'ENTREPRISE			SIGNATURE		DATE JJ MM AAAA

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**

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.

SECTION 5

PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

AFFIDAVIT SUR LE TRAVAIL INDÉPENDANT

Toutes les couvertures ne prévoient pas une protection pour le travail indépendant. Veuillez passer en revue les détails de votre couverture avant de remplir cette section.

NOM DU CRÉANCIER		NUMÉRO DE COMPTE		DERNIER JOUR TRAVAILLÉ	
				JJ	MM AAAA
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE					
NOM			PRÉNOM ET INITIALE(S)		
ADRESSE					
RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - CONTACT
					()
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - DOMICILE		ADRESSE COURRIEL (SI DISPONIBLE)			
()					
ÊTES-VOUS TOUJOURS ABSENT DU TRAVAIL?	SI NON, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL	NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE	DATE PRÉVUE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL	MA PROFESSION EST	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	JJ MM AAAA		JJ MM AAAA		
QUEL POURCENTAGE DE VOTRE TEMPS CONSACRIEZ-VOUS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES?	SUPERVISION / ADMINISTRATION	TRAVAIL MANUEL	À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE DÉMARRÉ?	À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE FERMÉ SES PORTES?	
%	%	%	JJ MM AAAA	JJ MM AAAA	
RAISON DE LA FERMETURE: <input type="checkbox"/> FAILLITE <input type="checkbox"/> RAISONS FINANCIÈRES <input type="checkbox"/> TRAVAIL SAISONNIER <input type="checkbox"/> MANQUE DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> BLESSURE/MALADIE <input type="checkbox"/> AUTRE _____					
RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE					
NOM COMMERCIAL				S'AGIT-IL D'UNE ENTREPRISE À MAISON?	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - CONTACT
					()
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - ENTREPRISE		NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	NUMÉRO DU PERMIS D'EXPLOITATION		NUMÉRO D'IDENTIFICATION AUX FINS DE L'IMPÔT (TPS)
()		()			
AUTORISATION DU DEMANDEUR					
J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts. J'autorise tout employeur, médecin, hôpital, compagnie d'assurance ou autre organisme, ou toute personne possédant des dossiers, données ou renseignements concernant l'objet de cette demande de règlement, à fournir de tels dossiers, données ou renseignements à Assurant ou à son représentant autorisé, sur demande. Je comprends qu'en signant cette autorisation, je renonce à la confidentialité de ces renseignements.					
<input type="checkbox"/> En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est vraie en date du _____					
SIGNATURE DU DEMANDEUR				DATE	
				JJ	MM AAAA
Déclaré et signé devant moi, un notaire public ou un commissaire à l'assermentation au/en _____ (pays)				SCEAU DU NOTAIRE PUBLIC OU DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION	
Signature : _____					
Dans la province de _____, ce _____ jour de/d' _____ 20_____.					
UNE PHOTOCOPIE DE CE FORMULAIRE NE SERA PAS ACCEPTÉE.					

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**

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.