

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

DÉCÈS

- Annexe une copie du certificat de décès.
- Remplissez le formulaire d'autorisation de la succession ci-inclus ou faites-nous parvenir une copie de la page du testament qui indique le nom de l'exécuteur testamentaire.
- Demandez à un médecin de remplir la section 3.

3

POSTEZ OU TÉLÉCOPIEZ 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

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

Veillez remplir cette section pour toutes les demandes de règlement.

NOM DU CRÉANCIER :		NUMÉRO DE COMPTE :		
NOM DU DEMANDEUR				
NOM	PRÉNOM ET INITIALE(S)	DATE DE NAISSANCE :	ÂGE :	
		__ / __ / __		
MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ		ADRESSE DE COURRIEL		
<input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL				
ADRESSE :				
RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :
				()
NOM DU TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL (LE PREMIER NOM FIGURANT SUR LE RELEVÉ DE FACTURATION) :				
NOM	PRÉNOM ET INITIALE(S)	RELATION AVEC LE DEMANDEUR :		

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.

SIGNATURE DU DEMANDEUR :	DATE :
	__ / __ / __

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. Veillez 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.

SIGNATURE DU DEMANDEUR :	DATE :
	__ / __ / __

SECTION 3

PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

DEMANDE DE RÈGLEMENT - DÉCÈS

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

NOM COMPLET DU DÉFUNT :			
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)	
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA		DATE DE DÉCÈS : ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	
LIEU DU DÉCÈS :			
EN CAS D'ADMISSION À UN HÔPITAL OU UNE INSTITUTION MÉDICALE, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM ET L'ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT :			
NOM DE L'HÔPITAL OU DE L'INSTITUTION MÉDICALE :		DATE D'ADMISSION : ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	
RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS CONNU LE PATIENT? DU : ____ / ____ / ____ AU : ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA JJ / MM / AA			
CAUSE DU DÉCÈS	CAUSE IMMÉDIATE :	CAUSE SOUS-JACENTE :	DATE DU DIAGNOSTIC : ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA
DATES DE TRAITEMENT, D'EXAMEN OU DE RECOMMANDATIONS MÉDICAUX SE RAPPORTANT À LA CAUSE DU DÉCÈS AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES :		____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	____ / ____ / ____ JJ / MM / AA
À QUOI LE DÉCÈS EST-IL ATTRIBUABLE?	ACCIDENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	HOMICIDE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SUICIDE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			DROGUES OU ALCOOL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
VEUILLEZ BRIÈVEMENT DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DU DÉCÈS :		LE DEMANDEUR CONDUISAIT-IL UN VÉHICULE À MOTEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
UNE AUTOPSIE A-T-ELLE ÉTÉ FAITE?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, VEUILLEZ RÉSUMER LES RÉSULTATS ET ANNEXER LES RAPPORTS	
À VOTRE CONNAISSANCE, AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES, LE DÉFUNT A-T-IL ÉTÉ SOIGNÉ PAR UN AUTRE MÉDECIN OU DANS UN AUTRE HÔPITAL POUR LA CAUSE DU DÉCÈS INDIQUÉE CI-DESSUS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :			
NOM DU MÉDECIN OU DE L'HÔPITAL :			
RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN AGRÉÉ :			
NOM (EN LETTRES MOULÉES) :		TAMPON DU MÉDECIN :	
SPÉCIALISATION :			
NUMÉRO IDENTIFICATEUR :			
ADRESSE :			
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :			
NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR :			
DATE D'AUJOURD'HUI :			
SIGNATURE :			
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.

PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES**FORMULAIRE DE LA SUCCESSION**

Dans le but de protéger la vie privée de nos clients, nous vous demandons respectueusement de nous fournir les renseignements suivants lors de la présentation d'une demande de règlement d'assurance vie :

NOM DU CRÉANCIER :	NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT :	NUMÉRO DE COMPTE :
--------------------	----------------------------------	--------------------

 TESTAMENT CI-JOINT

Je déclare par les présentes que _____ est la personne qui agit à titre d'exécuteur testamentaire de la succession de _____.

Lien avec le client : _____.

 AUCUN TESTAMENT

Je déclare par les présentes que _____ est la personne qui agit à titre d'exécuteur testamentaire de la succession de _____.

Lien avec le client : _____.

 DEMANDE DE LA PART D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Je déclare par les présentes que je, _____, fais une demande de renseignements à titre de [conjoint(e) / enfant / petit enfant] de la personne décédée.

Lien de parenté avec le client : _____.

CAUSE DU DÉCÈS :**AUTORISATION DU DEMANDEUR :**

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts.

SIGNATURE DU DEMANDEUR :	DATE: ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA
SIGNATURE DU TÉMOIN :	DATE: ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA

Veillez nous faire parvenir ce document avec les formulaires de demande de règlement.