

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.
- 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.
- Pour assurer un traitement plus rapide, nous vous conseillons de présenter votre demande en ligne à cartesfondes.assurant.com

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.

DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS DE PERTE D'UN TRAVAIL INDÉPENDANT

*Soumettez votre demande de règlement après le nombre de jours consécutifs sans travail indépendant indiqué dans votre certificat d'assurance.**

**Veuillez consulter votre certificat d'assurance pour connaître les raisons de fermeture acceptables et les documents justificatifs requis.*

- Remplissez et signez les sections 1 et 2.
Remarque : 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.
- Remplissez la section 3. L'affidavit sur le travail indépendant doit être notarié par un notaire public ou un commissaire à l'assermentation. Assurez-vous que le sceau/tampon du notaire est visible et clair.

ENVOYEZ-NOUS VOTRE FORMULAIRE ET TOUT DOCUMENT JUSTIFICATIF PAR UN DES MOYENS SUIVANTS :



Téléversez vos documents pour un traitement plus rapide.
En ligne : cartesfondes.assurant.com



Vous pouvez aussi nous faire parvenir les documents par la poste.
Poste : Assurant, Service des règlements,
C.P. 7000, Kingston (Ontario) K7L 5V3

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

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.
Veuillez visiter cartesfondes.assurant.com

SECTION 1

POUR ASSURER UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE : Veuillez remplir le formulaire, enregistrer le fichier et le téléverser à partir de cartesfondes.assurant.com

RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL

Veuillez remplir cette section pour toutes les demandes de règlement.

Perte de travail indépendant

NOM DU CRÉANCIER (TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE)				
<input type="checkbox"/> COCHER ICI SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE POUR PLUS D'UN COMPTE				
VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES NUMÉROS DE COMPTE				
NOM DU TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL				
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		DATE DE NAISSANCE JJ MM AAAA
				ÂGE
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 ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI DU SERVICE CANADA? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		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 ET AIDE POUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Veuillez 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, American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, ci-après désignée par Assurant, à son administrateur autorisé, 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 aussi 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

POUR ASSURER UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE : Veuillez remplir le formulaire, enregistrer le fichier et le téléverser à partir de cartesfondes.assurant.com

AFFIDAVIT SUR LE TRAVAIL INDÉPENDANT

NOM DU CRÉANCIER (TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE)		NUMÉRO DE COMPTE		DERNIER JOUR TRAVAILLÉ JJ MM AAAA	
NOM DU DEMANDEUR					
NOM			PRÉNOM ET INITIALE(S)		
ADRESSE					
RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - DOMICILE ()		ADRESSE COURRIEL (LE CAS ÉCHÉANT)			
ÊTES-VOUS TOUJOURS ABSENT DU TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI NON, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL JJ MM AAAA	NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE	DATE PRÉVUE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL JJ MM AAAA	MA PROFESSION EST	
QUEL POURCENTAGE DE VOTRE TEMPS CONSACRIEZ-VOUS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES?	SUPERVISION / ADMINISTRATION %	TRAVAIL MANUEL %	À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE DÉMARRÉ? JJ MM AAAA	À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE FERMÉ SES PORTES? 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					
L'ENTREPRISE A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE OU CONSTITUÉE EN PERSONNE MORALE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À QUELLE DATE A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE OU CONSTITUÉE EN PERSONNE MORALE? JJ MM AAAA	S'AGIT-IL D'UNE ENTREPRISE À MAISON? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
NOM COMMERCIAL					
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_____.					

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER. Veuillez visiter cartesfondes.assurant.com