

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

ÉVÉNEMENTS DE LA VIE

- Annexez vos documents.

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

Veuillez 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
				JJ	MM	AAAA
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

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, 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