

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

MALADIE GRAVE OU EN PHASE TERMINALE

- Demandez à votre médecin de famille de remplir la section 3.

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

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
				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

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

MALADIE GRAVE OU EN PHASE TERMINALE

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?				DIAGNOSTIC PRINCIPAL				DATE DU DIAGNOSTIC															
JJ		MM		AAAA		JJ		MM		AAAA													
DÉCRIREZ TOUTE AUTRE MALADIE, BLESSURE OU AFFECTION SECONDAIRE INFLUANT SUR SON ÉTAT ACTUEL : (PRIERE 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				DATES DE TRAITEMENT POUR L'AFFECTION SIMILAIRE		JJ		MM		AAAA									
DATES DE TRAITEMENT POUR LA MALADIE ACTUELLE						FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS						<input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) :											
PREMIÈRE VISITE		JJ		MM		AAAA		DERNIÈRE VISITE		JJ		MM		AAAA		<input type="checkbox"/> MENSUELLE							
TOUTES LES DATES DE TRAITEMENT DEPUIS LE DÉBUT DE L'AFFECTION						NATURE DES TRAITEMENTS																	
JJ		MM		AAAA		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				JJ		MM		AAAA		VEUILLEZ DÉCRIRE LA CHIRURGIE									
NOMS, ADRESSES ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DES AUTRES MÉDECINS TRAITANTS DE L'AFFECTION : (VEUILLEZ 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		<input type="checkbox"/> 4 MOIS <input type="checkbox"/> 5 MOIS <input type="checkbox"/> 6 MOIS <input type="checkbox"/> AUTRE : _____		L'ESPÉRANCE DE VIE, EST-ELLE DE MOINS DE 12 MOIS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
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.