

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 D'INVALIDITÉ TOTALE

Soumettez votre demande de règlement après un délai de 30 jours consécutifs d'invalidité totale.

- 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.
- Demandez à votre médecin de famille de remplir la section 3.
- Demandez à votre employeur actuel de remplir la section 4 (selon le cas). Si vous ne pouvez pas faire remplir la section 4, remplissez le formulaire vous-même et fournissez une copie de votre relevé d'emploi.
- Si vous êtes un travailleur indépendant ET que votre couverture prévoit une protection d'invalidité pour les travailleurs indépendants, remplissez la section 5.

DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS DE MUTILATION

Soumettez votre demande de règlement à n'importe quel moment après la date de votre chirurgie.

- 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.
- Demandez à votre médecin de famille de remplir la section 3.
- ** Il n'est pas nécessaire de remplir les sections 4 et 5.

DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS D'HOSPITALISATION

- 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.
- Fournissez le sommaire d'hospitalisation (assurez-vous que la date d'admission est indiquée).
- Demandez à votre médecin de remplir la section 3.
- ** Il n'est pas nécessaire de remplir les sections 4 et 5.

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.

Invalidité totale, mutilation ou hospitalisation

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	
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 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 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 ou aux assureurs indiqués ci-dessus, American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride et/ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, ci-après désignées collectivement par « Assurant », à leur administrateur autorisé, à leur 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
INVALIDITÉ TOTALE, MUTILATION OU HOSPITALISATION

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			
DÉCRIREZ TOUTE AUTRE MALADIE, BLESSURE OU AFFECTION SECONDAIRE INFLUANT SUR SON ÉTAT ACTUEL : (VEUILLEZ 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			
LE PATIENT EST-IL DANS UN CENTRE DE TRAITEMENT?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LE NOM DU CENTRE DE TRAITEMENT											
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	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							
NOMS, ADRESSES ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DES AUTRES MÉDECINS TRAITANTS DE L'AFFECTION : (VEUILLEZ ANNEXER UNE FEUILLE SÉPARÉE AU BESOIN)															
DATES EXACTES DE L'INVALIDITÉ TOTALE		DU		JJ	MM	AAAA	AU		JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> PROFESSION DU PATIENT <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION <input type="checkbox"/> ACTIVITÉS QUOTIDIENNES HABITUELLES			
DATES DE L'INVALIDITÉ PARTIELLE		DU		JJ	MM	AAAA	AU		JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> PROFESSION DU PATIENT <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION <input type="checkbox"/> ACTIVITÉS QUOTIDIENNES HABITUELLES			
QUAND LE PATIENT SERA-T-IL SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR RETOURNER AU TRAVAIL OU REPRENDRE SES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES HABITUELLES?				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. »															

SECTION 4

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

À remplir par l'employeur, sans frais à l'assureur, lorsqu'aucun relevé d'emploi n'est disponible.

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
NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE		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
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 LE NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE		
REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES				
RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE				
NOM DE L'ENTREPRISE			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	
ADRESSE				
RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
REPLIE PAR				
TITRE				
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		
ADRESSE DE COURRIEL DU REPRÉSENTANT DE L'ENTREPRISE		SIGNATURE	DATE JJ MM AAAA	

SECTION 5

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

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 (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 - CONTACT ()
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) Signature : _____ Dans la province de _____, ce _____ jour de/d' _____ 20_____.				SCEAU DU NOTAIRE PUBLIC OU DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION	

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

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 utilisent et partagent 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.