ASSURANT®

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride
American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride

FORMULAIRE DE DEMANDE : INVALIDITÉ / MALADIE GRAVE / MUTILATION

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 vos paiements mensuels minimaux 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 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

- ☐ Remplissez les sections 1, 2 et 3 (incluant votre signature, selon le cas).
- ☐ **REMARQUE :** Si vous souhaitez autoriser un membre de votre famille ou un ami à communiquer 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

- ☐ Demandez à votre médecin de famille de remplir la section 5.
- ☐ En cas d'invalidité, demandez à votre employeur actuel de remplir la section 4. Si vous êtes un travailleur indépendant, remplissez l'affidavit sur le travail indépendant (section 6).

3

ENVOYEZ-NOUS LES FORMULAIRES REMPLIS ET TOUS LES DOCUMENTS À L'APPUI À :

Assurant, Service des règlements financiers
1945, rue King Est, bureau 100, Hamilton (Ontario) L8K 1W2

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!
Rendez-vous sur le site 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 sociétés affiliées et filiales exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination commerciale Assurant®. ®Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc.

ASSURANT®

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride
American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride

Service des règlements financiers |1945, rue King Est, bureau 100
Hamilton (Ontario) L8K 1W2 | Téléphone : 1-800-361-5344

SECTION 1

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR
À REMPLIR POUR TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

NOM DU CRÉANCIER				NUMÉRO DE COMPTE
NOM DU DEMANDEUR				
NOM	PRÉNOM, INITIALE		DATE DE NAISSANCE JJ / MM / AAAA	ÂGE
MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ ☐ POSTE ☐ COURRIEL	ADRESSE COURRIEL			
ADRESSE				
RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( )
PERSONNE PRINCIPALE ASSURÉE				
NOM	PRÉNOM, INITIALE			LIEN AVEC LE DEMANDEUR

SECTION 2

AUTORISATION
VEUILLEZ CERTIFIER QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS AUX PRÉSENTES SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

Assurant peut recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels qui lui ont été fournis par vous ou obtenus auprès d'autres parties avec votre consentement ou tel que requis ou autorisé par la loi. Assurant peut utiliser ces renseignements et pour communiquer avec vous. Assurant peut traiter et stocker vos renseignements personnels à l'extérieur de votre province dans un autre pays où ils peuvent faire l'objet d'accès par les autorités gouvernementales en vertu des lois applicables de ce pays. Vous pouvez obtenir une copie de la politique sur la vie privée de Assurant en composant le 1-888-778-8023 ou à partir de son site Web (www.assurant.ca/fr-ca/politique-de-confidentialité). Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la politique sur la vie privée, les finalités ou les moyens se rapportant au recueil de vos renseignements personnels, ainsi que vos droits ou vos options pour refuser ou retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels, vous pouvez appeler Assurant au numéro susmentionné.

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 réassureur ou à leurs agents respectifs.

Ces renseignements doivent être utilisés aux fin 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 également l'assureur, 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 à l'entité indiquée 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 ces renseignements. 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, les renseignements fournis sont exacts et véridiques. 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 véridique en date du _____

SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE JJ	MM	AAAA

AUTORISATION VERBALE DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

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 pourrons parler à personne d'autre que le demandeur.

J'autorise Assurant à communiquer avec _____ qui est mon/ma _____ ,
au sujet de ma demande de règlement.

☐ En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est véridique en date du _____

SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE JJ	MM	AAAA

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (ABLAC) et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (ABIC) ainsi que leurs sociétés affiliées et filiales exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination commerciale Assurant®. ®Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc.

SECTION 3

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

RENSEIGNEMENTS SUR LE CRÉANCIER
À REMPLIR PAR LE CRÉANCIER / TITULAIRE DE PRIVILÈGE

NOM DU CRÉANCIER / TITULAIRE DE PRIVILÈGE	☐ PRÊT ☐ BAIL	NUMÉRO DE COMPTE DU PRÊT	NUMÉRO DE CERTIFICAT

ADRESSE DE LA SUCCURSALE

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS

DATE DE PRISE D'EFFET DU PRÊT	DATE DU PREMIER PAIEMENT	DATE PRÉVUE DU PROCHAIN PAIEMENT	DATE D'EXPIRATION DU PRÊT
JJ MM AAAA	JJ MM AAAA	JJ MM AAAA	JJ MM AAAA

FRÉQUENCE DES PAIEMENTS	MONTANT DU PAIEMENT	DATE LIMITE DU PAIEMENT MENSUEL	TAUX D'INTÉRÊT ANNUEL
☐ MENSUELLE ☐ BIMENSUELLE ☐ TOUTES LES DEUX SEMAINES ☐ HEBDOMADAIRE	$	JJ MM AAAA	%

COORDONNÉES DE LA PERSONNE-RESSOURCE

NOM DU REPRÉSENTANT DE LA SUCCURSALE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE-RESSOURCE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
	( )	( )

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA SUCCURSALE

SI LES RENSEIGNEMENTS NE SONT PAS COMPLETS OU EXACTS, NOUS POURRIONS DEMANDER DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES AFIN DE TRAITER VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT.

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (ABLAC) et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (ABIC) ainsi que leurs sociétés affiliées et filiales exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination commerciale Assurant®. ®Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc.

SECTION 4

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR SANS FRAIS À L'ASSUREUR

Je suis l'employeur de la personne assurée désignée 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	PRÉNOM, INITIALE	DATE D'EMBAUCHE (JJ / MM / AAAA)

NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE	TITRE DU POSTE DE L'EMPLOYÉ	TYPE D'EMPLOI
		☐ PERMANENT ☐ SAISONNIER ☐ TEMPORAIRE ☐ CONTRACTUEL ☐ AUTONOME (Veuillez remplir l'affidavit sur le travail indépendant)

EN CAS D'EMPLOI SAISONNIER, INDIQUEZ LES DATES NORMALES DE TRAVAIL	DERNIER JOUR DE TRAVAIL (JJ / MM / AAAA)	L'EMPLOYÉ EST-IL RETOURNÉ AU TRAVAIL? OUI/NON
DU JJ / MM / AAAA AU JJ / MM / AAAA		☐ OUI ☐ NON

BRÈVE DESCRIPTION DE SES FONCTIONS

RAISON DE L'INTERRUPTION DE L'EMPLOI

L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS TOUTES SES FONCTIONS?	SI OUI, PRÉCISEZ LE NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE ET LA DATE DE REPRISE DE TOUTES SES FONCTIONS
☐ OUI ☐ NON	HEURES/SEMAINE — JJ / MM / AAAA

SI NON, PRÉCISEZ LA DATE DE REPRISE PARTIELLE DE SES FONCTIONS ET LES FONCTIONS QU'IL EST CAPABLE D'EXERCER (JJ / MM / AAAA)	

L'EMPLOYÉ A-T-IL REÇU UNE INDEMNITÉ DE DÉPART?	EXPIRATION DE L'INDEMNITÉ DE DÉPART (JJ / MM / AAAA)	REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES
☐ OUI ☐ NON		

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

NOM DE L'ENTREPRISE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE-RESSOURCE
	( )

ADRESSE

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
				( )

REMPLIE PAR

TITRE

NOM	PRÉNOM

ADRESSE COURRIEL DU REPRÉSENTANT DE L'ENTREPRISE	SIGNATURE	DATE (JJ / MM / AAAA)

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (ABLAC) et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (ABIC) ainsi que leurs sociétés affiliées et filiales exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination commerciale Assurant®. ®Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc.

SECTION 5

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

INVALIDITÉ/MALADIE GRAVE

À REMPLIR PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ SANS FRAIS À L'ASSUREUR

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

NOM DU DEMANDEUR	PRÉNOM, INITIALE	TAILLE	POIDS	ÂGE	TENSION ARTÉRIELLE

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE-RESSOURCE
				( )

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, DÉCRIVEZ BRIÈVEMENT LES CIRCONSTANCES

INVALIDITÉ CAUSÉE PAR ☐ ACCIDENT ☐ MALADIE	DIAGNOSTIC PRINCIPAL	DATE DU DIAGNOSTIC JJ MM AAAA

DÉCRIVEZ TOUTE AUTRE MALADIE, BLESSURE OU AFFECTION SECONDAIRE INFLUANT SUR SON ÉTAT ACTUEL : (VOIR LA FEUILLE CONSACRÉE AUX REMARQUES DU MÉDECIN CI-JOINTE)

LE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT DE LA MÊME AFFECTION OU D'UNE AFFECTION SEMBLABLE?	☐ OUI ☐ NON	SI OUI, FOURNISSEZ LES DÉTAILS	DATES DE TRAITEMENT CONCERNANT L'AFFECTION SEMBLABLE JJ MM AAAA
L'ÉTAT EST-IL LIÉ À LA GROSSESSE?	☐ OUI ☐ NON	SI OUI, DÉCRIVEZ LES COMPLICATIONS	DATE PRÉVUE DE L'ACCOUCHEMENT JJ MM AAAA

DATES DE TRAITEMENT CONCERNANT L'INVALIDITÉ ACTUELLE	FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS
PREMIÈRE CONSULTATION JJ MM AAAA DERNIÈRE CONSULTATION JJ MM AAAA	☐ HEBDOMADAIRE ☐ AUTRE, PRÉCISEZ ☐ MENSUELLE _____

DONNÉES TOUTES LES DATES DE TRAITEMENT DEPUIS LA PRÉSENTATION DE L'AFFECTION ACTUELLE JJ MM AAAA JJ MM AAAA JJ MM AAAA	NATURE DES TRAITEMENTS

LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ?	☐ OUI ☐ NON	DU JJ MM AAAA AU JJ MM AAAA	NOM DE L'HÔPITAL	VILLE

LE PATIENT A-T-IL SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE?	☐ OUI ☐ NON	SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE JJ MM AAAA	DÉCRIVEZ LA CHIRURGIE

NOMS, ADRESSES ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DES AUTRES MÉDECINS TRAITANTS DE L'AFFECTION : (VOIR LA FEUILLE RÉSERVÉE AUX REMARQUES DU MÉDECIN CI-JOINTE)

DONNEZ LES DATES EXACTES DE L'INVALIDITÉ TOTALE (INCAPACITÉ DE TRAVAILLER)	DU JJ MM AAAA	AU JJ MM AAAA	☐ SA PROFESSION ☐ TOUTE PROFESSION
DONNEZ LES DATES EXACTES DE L'INCAPACITÉ PARTIELLE	DU JJ MM AAAA	AU JJ MM AAAA	☐ SA PROFESSION ☐ TOUTE PROFESSION

QUAND LE PATIENT SERA-T-IL SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR RETOURNER AU TRAVAIL? JJ MM AAAA	☐ 1 MOIS ☐ 2-3 MOIS ☐ 3-6 MOIS ☐ PLUS DE 6 MOIS ☐ INVALIDITÉ PERMANENTE ☐ AUTRE : _____	ESPÉRANCE DE VIE DE MOINS DE 12 MOIS? ☐ OUI ☐ NON

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN AGRÉÉ

NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)		TAMPON DU MÉDECIN
SPÉCIALISATION	NUMÉRO IDENTIFICATEUR	
ADRESSE		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	
SIGNATURE DU MÉDECIN	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 sociétés affiliées et filiales exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination commerciale Assurant®. ®Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc.

SECTION 5.A

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

REMARQUES DU MÉDECIN

SECTION 6

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

AFFIDAVIT SUR LE TRAVAIL INDÉPENDANT

NOM DU CRÉANCIER	NUMÉRO DE COMPTE	DERNIER JOUR TRAVAILLÉ JJ MM AAAA

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

NOM	PRÉNOM, INITIALE

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE-RESSOURCE
				( )

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - RÉSIDENTIEL	ADRESSE COURRIEL (LE CAS ÉCHÉANT)
( )	

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

L'ENTREPRISE ÉTAIT-ELLE ENREGISTRÉE OU CONSTITUÉE EN SOCIÉTÉ? ☐ OUI ☐ NON	À QUELLE DATE? JJ MM AAAA	NOM DE L'ENTREPRISE	MON ENTREPRISE EST EXPLOITÉE DEPUIS MA RÉSIDENCE? ☐ OUI ☐ NON

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE-RESSOURCE
				( )

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - ENTREPRISE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	NUMÉRO DU PERMIS D'EXPLOITATION	NUMÉRO TPS
( )	( )		

MA PROFESSION EST	NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE	ÊTES-VOUS TOUJOURS ABSENT DU TRAVAIL? ☐ OUI ☐ NON	SI NON, INDIQUEZ LA DATE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL JJ MM AAAA	DATE PRÉVUE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL JJ MM AAAA

QUEL POURCENTAGE DE VOTRE TEMPS CONSACRIEZ-VOUS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES :	SUPERVISION / ADMINISTRATION	TRAVAIL MANUEL	À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE DÉMARRÉE? JJ MM AAAA	À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE FERMÉE SES PORTES? JJ MM AAAA
	%	%		

RAISON DE LA FERMETURE : ☐ FAILLITE ☐ RAISONS FINANCIÈRES ☐ TRAVAIL SAISONNIER ☐ MANQUE DE TRAVAIL ☐ BLESSURE/MALADIE ☐ AUTRE _____

AUTORISATION DU DEMANDEUR

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts. J'autorise tout employeur, médecin, hôpital, assureur 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 confidentialté de ces renseignements.

☐ En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est véridique 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 d', de, de la, du _____ , ce _____ jour de 20_____

SCEAU DU NOTAIRE PUBLIC OU DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

UNE COPIE DE CE FORMULAIRE NE SERA PAS ACCEPTÉE.

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (ABLAC) et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (ABIC) ainsi que leurs sociétés affiliées et filiales exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination commerciale Assurant®. ®Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc.