ASSURANT®

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

FORMULAIRE DE DEMANDE : DÉCÈS

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 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.

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

- ☐ Fournissez le certificat de décès, la déclaration du médecin traitant, la déclaration du directeur funéraire ou le rapport du coroner.
- ☐ Demandez à un médecin de remplir la section 4.
- ☐ Remplissez le formulaire ci-inclus réservé à la succession (section 5) ou incluez une copie de la page du testament indiquant le nom de l'exécuteur testamentaire.

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	PRENOM, DEUXIÈME PRÉNOM	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	%

RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS

MONTANT ORIGINAL DU PRÊT	MONTANT TOTAL PAYÉ JUSQU'À LA DATE DU DÉCÈS	MONTANT BRUT DU SOLDE DÛ À LA DATE DU DÉCÈS	MONTANT NET DU SOLDE DÛ À LA DATE DU DÉCÈS
$	$	$	$

COORDONNÉES DE LA PERSONNE-RESSOURCE

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

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

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

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE

NOM	PRÉNOM, INITIALE

DATE DE NAISSANCE (JJ MM AAAA)	DATE DE DÉCÈS (JJ MM AAAA)	LIEU DE DÉCÈS

SI LE DÉCÈS A EU LIEU DANS UN HÔPITAL OU UNE INSTALLATION MÉDICALE, PRÉCISEZ LE NOM ET L'ADRESSE :

NOM DE L'HÔPITAL OU DE L'INSTALLATION MÉDICALE	DATE D'ADMISSION (JJ MM AAAA)

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS CONNU LE PATIENT? (JJ MM AAAA) DU … AU … (JJ MM AAAA)	CAUSE DU DÉCÈS	CAUSE IMMÉDIATE	CAUSE SOUS-JACENTE	DATE DU DIAGNOSTIC (JJ MM AAAA)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU DÉFUNT AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES

CAUSE DU DÉCÈS : ACCIDENT ☐ OUI ☐ NON HOMICIDE ☐ OUI ☐ NON SUICIDE ☐ OUI ☐ NON DROGUES OU ALCOOL ☐ OUI ◉ NON

DÉCRIVEZ BRIÈVEMENT LES CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

UNE AUTOPSIE A-T-ELLE ÉTÉ FAITE? ☐ OUI ☐ NON	SI OUI, RÉSUMEZ LES RÉSULTATS ET ANNEXEZ LES RAPPORTS
UNE ENQUÊTE DE CORONER A-T-ELLE EU LIEU? ☐ OUI ☐ NON	SI OUI, PAR QUI ET QUELS EN ONT ÉTÉ LES RÉSULTATS?

À VOTRE CONNAISSANCE, AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES, LE DÉFUNT A-T-IL ÉTÉ SOIGNÉ PAR UN AUTRE MÉDECIN OU DANS UN AUTRE HÔPITAL POUR LA CAUSE DU DÉCÈS INDIQUÉE CI-DESSUS?
☐ OUI ☐ NON *SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS*

NOM DU MÉDECIN OU DE L'HÔPITAL :

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

MALADIE/BLESSURE	DATES DE TRAITEMENT (JJ MM AAAA) … (JJ MM AAAA) … (JJ MM AAAA) … (JJ MM AAAA)

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)

« JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT FONDÉS SUR UNE PROBABILITÉ MÉDICALE RAISONNABLE ET QU'ILS SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTS ET VÉRIDIQUES. »

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.A

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

REMARQUES DU MÉDECIN

SECTION 5

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

FORMULAIRE DE LA SUCCESSION

Dans le but de protéger la vie privée de nos clients, nous vous demandons respectueusement de nous fournir les renseignements suivants lors de la présentation d'une demande de règlement d'assurance vie :

NOM DU CRÉANCIER	NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT	NUMÉRO DE COMPTE

☐ **TESTAMENT CI-JOINT**

Je déclare par les présentes que _____ **est la personne qui agit à titre d'exécuteur testamentaire de la succession de** _____**.**

Lien avec le client : _____

☐ **AUCUN TESTAMENT**

Je déclare par les présentes que _____ **est la personne qui agit à titre d'exécuteur testamentaire de la succession de** _____**.**

Lien avec le client : _____

☐ **DEMANDE DE LA PART D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE**

Je déclare par les présentes que je, _____ **, fais une demande de renseignements à titre de [conjoint(e) / enfant / petit enfant] de la personne décédée.**

Lien avec le client : _____

CAUSE DU DÉCÈS

AUTORISATION DU DEMANDEUR

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts.

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

SIGNATURE DU MÉDECIN	DATE JJ	MM	AAAA
SIGNATURE DU TÉMOIN	DATE JJ	MM	AAAA

Veuillez nous faire parvenir ce document avec les formulaires de 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.