

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.

PROLONGATION DE SINISTRE - PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

Il faut soumettre ce formulaire tous les 30 jours pour avoir droit aux prestations de sinistre continu si votre sinistre se poursuivra au-delà de la date du dernier paiement.

Remplissez et signez la section 1.

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 DEMANDEUR

À REMPLIR AU COMPLET

Perte d'emploi involontaire

NOM DU DEMANDEUR				NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT			
<input type="checkbox"/> COCHER ICI SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE POUR PLUS D'UN COMPTE							
VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES NUMÉROS DE COMPTE							
ADRESSE <input type="checkbox"/> COCHER ICI EN CAS DE CORRECTIONS D'ADRESSE							
RUE			VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	
NOM DU CRÉANCIER (TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE)							
MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ		ADRESSE DE COURRIEL (LE CAS ÉCHÉANT)					
<input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL							
AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL DEPUIS VOTRE PERTE D'EMPLOI? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À PLEIN TEMPS <input type="checkbox"/> À TEMPS PARTIEL		SI OUI, INDIQUEZ LA DATE JJ MM AAAA	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE	RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	TOUCHEZ-VOUS UN REVENU OU DES GAINS VERSÉS PAR UN EMPLOYEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
SI NON, POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS REPRIS LE TRAVAIL?							
PARTICIPEZ-VOUS ACTUELLEMENT À UNE GRÈVE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			RECEVEZ-VOUS DES INDEMNITÉS DE GRÈVE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
<p>Je certifie que l'information qui précède est exacte et véridique. J'AUTORISE tout employeur, médecin, hôpital, assureur, organisme d'application de la loi, service d'incendie ou toute autre organisation ou personne possédant des dossiers, des données ou des renseignements concernant la présente demande à fournir de tels dossiers, données ou renseignements à l'assureur indiqué ci-dessus, American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, ci-après désignée par Assurant, ou à son représentant autorisé sur demande. Je comprends qu'en signant la présente autorisation, je renonce au statut privilégié de ladite information.</p> <p>Une photocopie de la présente autorisation peut être tout aussi valide et exécutoire que l'originale.</p> <p>Cette autorisation restera valide pour la durée de la demande de règlement.</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est vraie en date du _____</p>							
SIGNATURE DU DEMANDEUR			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		DATE		
			()		JJ MM AAAA		
IL FAUT QUE CE FORMULAIRE SOIT SIGNÉ ET DATÉ							