

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

INVALIDITÉ OU MUTILATION

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

3

POSTEZ OU TÉLÉCOPIEZ 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

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

Veuillez remplir cette section pour toutes les demandes de règlement.

| | | | | | |
|--|--|-----------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| NOM DE CRÉANCIER : | | NUMÉRO DE COMPTE : | | | |
| NOM DU DEMANDEUR : | | | | | |
| NOM | | PRÉNOM ET INITIALE(S) | | DATE DE NAISSANCE : JJ / MM / AA | |
| MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ <input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL | | ADRESSE DE 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 : |
| 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 / AA | | |

SECTION 2

AUTORISATION

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 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.

| | | | |
|--------------------------|--|------------------------|--|
| SIGNATURE DU DEMANDEUR : | | DATE : JJ / MM / AA | |
|--------------------------|--|------------------------|--|

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 pouvons parler à personne d'autre que le demandeur.

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

| | | | |
|--------------------------|--|------------------------|--|
| SIGNATURE DU DEMANDEUR : | | DATE : JJ / MM / AA | |
|--------------------------|--|------------------------|--|

SECTION 3

PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

INVALIDITÉ OU MUTILATION

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? ____ / ____ / ____ | | EN CAS D'ACCIDENT, VEUILLEZ BRIÈVEMENT DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES : | | | | | |
| DIAGNOSTIC PRINCIPAL : | | LE DEMANDEUR, CONDUISAIT-IL UN VÉHICULE À MOTEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | | DATE DU DIAGNOSTIC : | | ____ / ____ / ____ |
| DÉCRIVEZ TOUTE AUTRE MALADIE, BLESSURE OU AFFECTION SECONDAIRE INFLUANT SUR SON ÉTAT ACTUEL : (PRIÈRE 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 : | | | DATE DE TRAITEMENT POUR L'AFFECTION SIMILAIRE : | | ____ / ____ / ____ |
| 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 : | | ____ / ____ / ____ |
| DATES DE TRAITEMENT POUR LA MALADIE ACTUELLE : PREMIÈRE VISITE : ____ / ____ / ____ DERNIÈRE VISITE : ____ / ____ / ____ | | | | FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS : <input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> MENSUELLE <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) : | | | |
| TOUTES LES DATES DE TRAITEMENT DEPUIS LE DÉBUT DE L'AFFECTION : ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ | | | | NATURE DES TRAITEMENTS : | | | |
| LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | DU : ____ / ____ / ____ AU : ____ / ____ / ____ | | | 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 : (PRIÈRE D'ANNEXER UNE FEUILLE SÉPARÉE AU BESOIN) | | | | | | | |
| DATES EXACTES DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER : | | DU : ____ / ____ / ____ AU : ____ / ____ / ____ | | <input type="checkbox"/> SA PROFESSION <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION | | | |
| DATES DE L'INCAPACITÉ PARTIELLE DE TRAVAILLER : | | DU : ____ / ____ / ____ AU : ____ / ____ / ____ | | <input type="checkbox"/> SA PROFESSION <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION | | | |
| QUAND LE PATIENT SERA-T-IL SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR RETOURNER AU TRAVAIL? ____ / ____ / ____ | | <input type="checkbox"/> 1 MOIS <input type="checkbox"/> 2 MOIS <input type="checkbox"/> 3 MOIS <input type="checkbox"/> 4 MOIS <input type="checkbox"/> 5 MOIS <input type="checkbox"/> 6 MOIS <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ PERMANENTE <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 : | | | | | | | |
| DATE D'AUJOURD'HUI : | | | | | | | |
| SIGNATURE : | | | | | | | |
| 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.

SECTION 4

PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

À remplir par l'employeur sans frais à l'assureur

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 : | HEURES DE TRAVAIL HEBDOMADAIRES : |
| | | | __ / __ / __ | |
| 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 : | AU : |
| | | | __ / __ / __ | __ / __ / __ |
| BRÈVE DESCRIPTION DE SES FONCTIONS : | DATE DE L'AVIS DE PERTE D'EMPLOI : | DERNIER JOUR DE TRAVAIL : | DATE DE RETOUR AU TRAVAIL : | |
| | __ / __ / __ | __ / __ / __ | __ / __ / __ | |
| RAISON DE L'INTERRUPTION DE L'EMPLOI : | L'EMPLOYÉ A-T-IL REÇU UNE INDEMNITÉ DE DÉPART? | | EXPIRATION DE L'INDEMNITÉ DE DÉPART : | |
| | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | __ / __ / __ | |
| | L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS TOUTES SES FONCTIONS? | | SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LES HEURES DE TRAVAIL HEBDOMADAIRES : | |
| | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| SI NON, QUELLES FONCTIONS EST-IL CAPABLE D'EXERCER? | | | | |
| REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES : | | | | |
| | | | | |
| RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE | | | | |
| NOM DE L'ENTREPRISE : | | | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : | |
| | | | () | |
| ADRESSE : | | | | |
| RUE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : |
| | | | | () |
| REPLIE PAR : | TITRE : | | | |
| NOM | PRÉNOM ET INITIALE(S) | | | |
| ADRESSE DE COURRIEL DU REPRÉSENTANT DE L'ENTREPRISE | SIGNATURE | | | DATE |
| | | | | __ / __ / __ |

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

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.

AFFIDAVIT SUR LE TRAVAIL INDÉPENDANT
PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|
| NOM DU CRÉANCIER : | | NUMÉRO DE COMPTE : | | | DERNIER JOUR TRAVAILLÉ : ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA | |
| NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE | | | | | | |
| NOM : | | | | PRÉNOM ET INITIALE(S) : | | |
| ADRESSE | | | | | | |
| RUE | | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE – CONTACT : () | |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE – DOMICILE : () | | | ADRESSE COURRIEL (SI DISPONIBLE) : | | | |
| 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 / AA | | NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE : | | DATE PRÉVUE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL : ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA |
| QUEL POURCENTAGE DE VOTRE TEMPS CONSACRIEZ-VOUS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES? SUPERVISION / ADMINISTRATION _____ % TRAVAIL MANUEL _____ % | | | | | | |
| MA PROFESSION EST : | | | À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE DÉMARRÉ? ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA | | À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE FERMÉ SES PORTES? ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA | |
| RAISON DE LA FERMETURE : <input type="checkbox"/> FAILLITE <input type="checkbox"/> MANQUE DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> RAISONS FINANCIÈRES <input type="checkbox"/> BLESSURE/MALADIE <input type="checkbox"/> TRAVAIL SAISONNIER <input type="checkbox"/> AUTRE _____ | | | | | | |
| RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE | | | | | | |
| NOM COMMERCIAL : | | | | S'AGIT-IL D'UNE ENTREPRISE À MAISON? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| 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. | | | | | | |
| SIGNATURE DU DEMANDEUR : | | | | | DATE: ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA | |
| 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 | |

UNE PHOTOCOPIE DE CE FORMULAIRE NE SERA PAS ACCEPTÉE.