

**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](https://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 DE DÉCÈS

- 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 un médecin de remplir la section 3.
- Remplissez la section 4 (formulaire de la succession) ou fournissez une copie de la page du testament qui indique le nom de l'exécuteur testamentaire.  
**Remarque** : Assurez-vous que la signature du témoin est indiquée. Le témoin doit être âgé d'au moins 18 ans.
- Annexez une copie du certificat de décès.

### 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](https://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](https://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.

Décès

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			

## 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 indiqué ci-dessus, American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride, ci-après désignée par Assurant, à son administrateur autorisé, 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 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

## DEMANDE DE RÈGLEMENT - DÉCÈS

À remplir par un médecin agréé sans frais à l'assureur

<b>NOM COMPLET DU DÉFUNT</b>															
NOM						PRÉNOM ET INITIALE(S)									
DATE DE NAISSANCE JJ      MM      AAAA			DATE DE DÉCÈS JJ      MM      AAAA			LIEU DU DÉCÈS									
<b>EN CAS D'ADMISSION À UN HÔPITAL OU UNE INSTITUTION MÉDICALE, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM ET L'ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT</b>															
NOM DE L'HÔPITAL OU DE L'INSTITUTION MÉDICALE								DATE D'ADMISSION JJ      MM      AAAA							
RUE					VILLE			PROVINCE		CODE POSTAL					
PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS CONNU LE PATIENT? DU JJ      MM      AAAA AU JJ      MM      AAAA				<b>CAUSE DU DÉCÈS</b>		CAUSE IMMÉDIATE			CAUSE SOUS-JACENTE			DATE DU DIAGNOSTIC JJ      MM      AAAA			
DATES DE TRAITEMENT, D'EXAMEN OU DE RECOMMANDATIONS MÉDICAUX SE RAPPORTANT À LA CAUSE DU DÉCÈS AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES JJ      MM      AAAA      JJ      MM      AAAA      JJ      MM      AAAA															
À QUOI LE DÉCÈS EST-IL ATTRIBUABLE?    ACCIDENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    HOMICIDE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    SUICIDE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    DROGUES OU ALCOOL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON															
VEUILLEZ BRIÈVEMENT DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DU DÉCÈS								LE DEMANDEUR CONDUISAIT-IL UN VÉHICULE À MOTEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON							
UNE AUTOPSIE A-T-ELLE ÉTÉ FAITE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			SI OUI, VEUILLEZ RÉSUMER LES RÉSULTATS ET ANNEXER LES RAPPORTS												
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?						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS									
NOM DU MÉDECIN OU DE L'HÔPITAL															
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN AGRÉÉ</b>															
NOM (EN LETTRES MOULÉES)								TAMPON DU MÉDECIN							
SPÉCIALISATION				NUMÉRO IDENTIFICATEUR											
ADRESSE															
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE						NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR									
SIGNATURE						DATE      JJ      MM      AAAA									
<p align="center"><b>PRONOSTIC / REMARQUES (VEUILLEZ FOURNIR TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT PERTINENT - ANNEXER UNE FEUILLE SÉPARÉE AU BESOIN)</b></p> <p align="center">« 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. »</p>															

**SECTION 4**
**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 (TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE)	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 de parenté 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 vraie en date du \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE JJ MM AAAA
SIGNATURE DU TÉMOIN	DATE JJ MM AAAA

**Veillez nous faire parvenir ce document avec les formulaires de demande de règlement.**