

**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 recommandons de présenter votre demande de règlement en ligne au site [reglements.assurant.com](http://reglements.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.

**1**

- Remplissez et signez la section 1.
- Demandez à votre médecin de famille de remplir la section 2.

**2****QUAND RETOURNER LES FORMULAIRES ET LES DOCUMENTS À L'APPUI**

Si la fréquence de vos paiements prévus est à toutes les deux semaines ou deux fois par mois, retournez votre formulaire 7 jours avant votre date d'échéance.

Si la fréquence de vos paiements prévus est mensuelle, retournez votre formulaire 15 jours avant votre date d'échéance.

**3****SOUMETTEZ VOTRE FORMULAIRE ET TOUT DOCUMENT À L'APPUI PAR UN DES MOYENS SUIVANTS :**

Téléversez vos documents pour un traitement plus rapide.

**En ligne :** Ouvrez une session sur le site [reglements.assurant.com](http://reglements.assurant.com)



**Visitez** votre succursale easyfinancière locale



**Téléphonez** au 1-855-996-3279



**Par la poste :** Assurant, Service des règlements

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.

**Tous les paiements de prestations sont versés directement à votre créancier.**

**NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER.**  
Veuillez consulter le site [reglements.assurant.com](http://reglements.assurant.com)

## SECTION 1

POUR ASSURER UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE : Veuillez remplir le formulaire, enregistrer le fichier et le téléverser dans le site [reglements.assurant.com](http://reglements.assurant.com)

# RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

À remplir au complet

Blessure ou maladie

NOM		NUMÉRO DE DEMANDE			
<input type="checkbox"/> COCHER ICI SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR PLUS D'UN PRÊT/COMPTE.					
VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES NUMÉROS DE PRÊT/COMPTE (Cette information se trouve dans vos documents de prêt/compte)					
ADRESSE <input type="checkbox"/> COCHER ICI EN CAS DE CORRECTIONS D'ADRESSE					
RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (      )	
ADRESSE COURRIEL DU DEMANDEUR (LE CAS ÉCHÉANT)					
DÉCRIEZ VOS ACTIVITÉS COURANTES ET TOUT CHANGEMENT CONCERNANT VOTRE ÉTAT DE SANTÉ					
AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> À PLEIN TEMPS <input type="checkbox"/> À TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, INDIQUEZ LA DATE JJ      MM      AAAA		RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS DE LA CSPAAT/CSST OU D'AUTRES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ? <input type="checkbox"/> CSPAAT/CSST <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> AUTRES (PRÉCISEZ) _____	
<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, soit American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, ci-après désignées collectivement par « Assurant », ou 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	
<p>Assurant comprend que des employés de la société easyfinancial ou des tierces parties agissant en son nom puissent jouer un rôle important pour vous aider au cours du processus de demande de règlement (par ex., présenter votre demande de règlement, soumettre d'autres documents requis à l'appui de votre demande de règlement et discuter de l'état de votre demande de règlement). Afin de protéger vos renseignements personnels, nous avons besoin de votre consentement explicite pour discuter de votre demande de règlement avec des employés de la société easyfinancial ou des tierces parties agissant en son nom. Votre consentement est particulier à la présente demande de règlement et vous avez le droit de le retirer à tout moment. Vous pouvez choisir de soumettre vos renseignements sur la demande de règlement directement à Assurant comme indiqué sur ce formulaire de demande de règlement.</p> <p>J'autorise Assurant à partager les détails concernant ma demande de règlement ou l'état de ma demande de règlement avec des employés de la société easyfinancial ou des tierces parties agissant en son nom, m'aidant avec ma demande de règlement. Je sais et je reconnais que les détails concernant ma demande de règlement ou l'état de ma demande de règlement peuvent contenir des renseignements personnels sensibles (médicaux ou autres).</p>					
SIGNATURE DU DEMANDEUR				DATE    JJ      MM      AAAA	

## SECTION 2

Service des règlements, 1945, rue King Est, bureau 100, Hamilton (Ontario) L8K 1W2 | Téléphone : 1-800-663-9822

## DÉCLARATION DU MÉDECIN

À fournir sans frais pour la compagnie d'assurance

NOM COMPLET DU PATIENT																					
NOM										PRÉNOM ET INITIALE(S)										ÂGE	
ADRESSE DU PATIENT																					
RUE										VILLE					PROVINCE			CODE POSTAL			
DIAGNOSTICS/RÉSULTATS OBJECTIFS																					
DATES DES TRAITEMENTS DONNÉS AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS																					
1	JJ	MM	AAAA	2	JJ	MM	AAAA	3	JJ	MM	AAAA	4	JJ	MM	AAAA	5	JJ	MM	AAAA		
6	JJ	MM	AAAA	7	JJ	MM	AAAA	8	JJ	MM	AAAA	9	JJ	MM	AAAA	10	JJ	MM	AAAA		
PROCHAINE CONSULTATION JJ   MM   AAAA					FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS <input type="checkbox"/> MENSUELLE <input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE _____										LE PATIENT A-T-IL SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE DEPUIS LE DERNIER RAPPORT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
SI OUI, DÉCRIVEZ-LA										DATE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE JJ   MM   AAAA											
TRAITEZ-VOUS TOUJOURS LE PATIENT POUR CETTE AFFECTION? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					SI OUI, INDIQUEZ LA DATE APPROXIMATIVE DE SON RETOUR AU TRAVAIL JJ   MM   AAAA					SI NON, INDIQUEZ LA DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ CESSÉ DE TRAITER LE PATIENT JJ   MM   AAAA											
DÉCRIVEZ TOUTES LES RESTRICTIONS DU PATIENT																					
PRONOSTIC															L'ÉTAT DU PATIENT S'EST-IL AMÉLIORÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
DONNEZ LES DATES EXACTES DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER DU JJ   MM   AAAA AU JJ   MM   AAAA					PROFESSION DU PATIENT <input type="checkbox"/> TOUTE AUTRE PROFESSION																
DONNEZ LES DATES EXACTES DE L'INVALIDITÉ PARTIELLE (CAPABLE D'ACCOMPLIR CERTAINES TÂCHES) DU JJ   MM   AAAA AU JJ   MM   AAAA					PROFESSION DU PATIENT <input type="checkbox"/> TOUTE AUTRE PROFESSION					HEURES PAR SEMAINE											
À VOTRE AVIS, QUEL EST L'ÉTAT DE CE PATIENT? <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ PERMANENTE <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> AUCUNE INVALIDITÉ					SI LE PATIENT EST TEMPORAIREMENT INVALIDE, PENDANT COMBIEN DE TEMPS LE SERA-T-IL ENCORE? <input type="checkbox"/> 1 MOIS <input type="checkbox"/> 2-3 MOIS <input type="checkbox"/> 3-6 MOIS <input type="checkbox"/> 6 MOIS <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉ : _____					ESPÉRANCE DE VIE MOINS DE 12 MOIS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON											
J'ATTESTE PAR LES PRÉSENTES QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT À MA CONNAISSANCE EXACTS ET VÉRIDIQUES.																					
NOM DU MÉDECIN (EN LETTRES D'IMPRIMERIE)										TAMPON DU MÉDECIN											
ADRESSE																					
NUMÉRO D'IDENTIFICATION																					
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE										NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR											
SIGNATURE DU MÉDECIN										DATE JJ   MM   AAAA											
CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR LE MÉDECIN OU PORTER LE TAMPON DU CABINET																					