

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.

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**BLESSURE OU MALADIE**

- En cas de blessure ou de maladie, faites-nous parvenir votre formulaire après 10 jours consécutifs de blessure ou de maladie. En cas de fracture d'un os ou de fracture de deux doigts ou plus, votre formulaire de demande de règlement peut être envoyé immédiatement.
- Demandez à votre médecin de famille de remplir la section 3.

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**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

SECTION 1

POUR ASSURER UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE : Veuillez remplir le formulaire, enregistrer le fichier et le téléverser dans le site reglements.assurant.com

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Veuillez remplir cette section pour toutes les demandes de règlement.

Blessure
ou maladie

<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)					
NOM DU DÉBITEUR PRINCIPAL OU DU CODÉBITEUR : (PREMIER NOM INDIQUÉ SUR LE BILLET À ORDRE)					
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		DATE DE NAISSANCE	
				JJ MM AAAA	
ÂGE					
ADRESSE					
RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
					()
NOM DU DEMANDEUR					
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		ADRESSE DE COURRIEL	
RELATION AVEC LE DÉBITEUR PRINCIPAL OU LE CODÉBITEUR		ÊTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL?		SI OUI, À QUELLE DATE ÊTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL?	
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		JJ MM AAAA	

SECTION 2

AUTORISATION ET AIDE POUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Veuillez certifier que les renseignements fournis au 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, 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 », 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 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

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.

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).

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, autre qu'un organisme ou qu'un représentant d'un organisme, 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

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

BLESSURE OU MALADIE

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? JJ MM AAAA				EN CAS D'ACCIDENT, VEUILLEZ BRIÈVEMENT DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES						LE DEMANDEUR, CONDUISAIT-IL UN VÉHICULE À MOTEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
DIAGNOSTIC PRINCIPAL								DATE DU DIAGNOSTIC JJ MM AAAA							
DÉCRIVEZ TOUTE AUTRE MALADIE, BLESSURE OU AFFECTION SECONDAIRE INFLUANT SUR SON ÉTAT ACTUEL : (VEUILLEZ 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 JJ MM AAAA							
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 JJ MM AAAA							
LE PATIENT EST-IL DANS UN CENTRE DE TRAITEMENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				SI, QUEL EST LE NOM DU CENTRE DE TRAITEMENT?											
DATES DE TRAITEMENT POUR LA BLESSURE OU MALADIE PREMIÈRE VISITE JJ MM AAAA DERNIÈRE VISITE JJ MM AAAA						FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS <input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) : <input type="checkbox"/> MENSUELLE									
TOUTES LES DATES DE TRAITEMENT DEPUIS LE DÉBUT DE L'AFFECTION JJ MM AAAA JJ MM AAAA JJ MM AAAA						NATURE DES TRAITEMENTS									
LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				DU JJ MM AAAA		AU JJ MM AAAA		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 JJ MM AAAA		VEUILLEZ DÉCRIRE LA CHIRURGIE									
NOMS, ADRESSES ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DES AUTRES MÉDECINS TRAITANTS DE L'AFFECTION : (VEUILLEZ ANNEXER UNE FEUILLE SÉPARÉE AU BESOIN)															
DATES EXACTES DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER				DU JJ MM AAAA		AU JJ MM AAAA		<input type="checkbox"/> PROFESSION DU PATIENT <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION							
DATES DE L'INCAPACITÉ PARTIELLE DE TRAVAILLER				DU JJ MM AAAA		AU JJ MM AAAA		<input type="checkbox"/> PROFESSION DU PATIENT <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION							
QUAND LE PATIENT SERA-T-IL SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR RETOURNER AU TRAVAIL? JJ MM AAAA				<input type="checkbox"/> 1 MOIS <input type="checkbox"/> 2 À 3 MOIS <input type="checkbox"/> 3 À 6 MOIS <input type="checkbox"/> PLUS DE 6 MOIS <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ PERMANENTE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____											
RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN AGRÉÉ															
NOM (EN LETTRES MOULÉES)								TAMPON DU MÉDECIN							
SPÉCIALISATION				NUMÉRO IDENTIFICATEUR											
ADRESSE															
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE				NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR											
SIGNATURE				DATE JJ MM AAAA											
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. »															