

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 - INVALIDITÉ TOTALE

Il faut remplir ce formulaire si votre sinistre se poursuivra au-delà de la date du dernier paiement.

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

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,
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 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

Invalidité totale

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			
DÉCRIVEZ 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	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE
		RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS DE LA CSPAA/ CSST OU D'AUTRES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ? <input type="checkbox"/> CSPAA/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 ou aux assureurs indiqués ci-dessus, American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride et/ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, ci-après désignées collectivement par Assurant, ou à leur 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

SECTION 2
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, DÉCRIEZ-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 OU À SES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES HABITUELLES JJ MM AAAA								SI NON, INDIQUEZ LA DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ CESSÉ DE TRAITER LE PATIENT JJ MM AAAA							
DÉCRIEZ TOUTES LES RESTRICTIONS DU PATIENT																			
PROGNOSTIC															L'ÉTAT DU PATIENT S'EST-IL AMÉLIORÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
DONNEZ LES DATES EXACTES DE L'INVALIDITÉ TOTALE		DU JJ MM AAAA			AU JJ MM AAAA			<input type="checkbox"/> PROFESSION DU PATIENT <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION <input type="checkbox"/> ACTIVITÉS QUOTIDIENNES HABITUELLES											
DONNEZ LES DATES EXACTES DE L'INVALIDITÉ PARTIELLE		DU JJ MM AAAA			AU JJ MM AAAA			<input type="checkbox"/> PROFESSION DU PATIENT <input type="checkbox"/> TOUTE PROFESSION <input type="checkbox"/> ACTIVITÉS QUOTIDIENNES HABITUELLES										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 MOIS <input type="checkbox"/> 3 MOIS <input type="checkbox"/> AUTRE : <input type="checkbox"/> 4 MOIS <input type="checkbox"/> 5 MOIS <input type="checkbox"/> 6 MOIS _____															
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 TIMBRE DU CABINET																			