ASSURANT®

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride

American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR PROLONGATION DE CHÔMAGE

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 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.

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.

2

QUAND RETOURNER LES FORMULAIRES ET LES DOCUMENTS À L'APPUI

Le formulaire de prolongation doit être rempli si votre sinistre se poursuivra au-delà de la date du dernier paiement

3

VOTRE FORMULAIRE ET LES DOCUMENTS MÉDICAUX À L'APPUI PAR UN DES MOYENS SUIVANTS :

- **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

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.

ASSURANT®

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride

American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride

Service des règlements, C.P. 7000, Kingston (Ontario) K7L 5V3
Téléphone : 1-800-661-5800
Télécopieur : 1-800-645-9405

SECTION 1
RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

À REMPLIR AU COMPLET

PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

NOM DU DEMANDEUR	NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT	NUMÉRO DE COMPTE

ADRESSE ☐ COCHER ICI EN CAS DE CORRECTIONS D'ADRESSE

NOM DU CRÉANCIER

ADRESSE DE COURRIEL (LE CAS ÉCHÉANT)	QUEL EST LE MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ? ☐ POSTE ☐ COURRIEL

DÉCRIVEZ VOS ACTIVITÉS COURANTES

AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL DEPUIS VOTRE PERTE D'EMPLOI? ☐ OUI ☐ NON ☐ À PLEIN TEMPS ☐ À TEMPS PARTIEL	SI OUI, INDIQUEZ LA DATE ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE	RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI? ☐ OUI ☐ NON

SI NON, POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS REPRIS LE TRAVAIL?

PARTICIPEZ-VOUS ACTUELLEMENT À UNE GRÈVE? ☐ OUI ☐ NON	RECEVEZ-VOUS DES INDEMNITÉS DE GRÈVE? ☐ OUI ☐ NON

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 ASSURANT ou son représentant autorisé sur 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.

Cette autorisation restera valide pour la durée de la demande de règlement.

SIGNATURE DU DEMANDEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( )	DATE ____ / ____ / ____ JJ / MM / AA

IL FAUT QUE CE FORMULAIRE SOIT SIGNÉ ET DATÉ

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.