

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.

DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS DE MALADIE GRAVE OU EN PHASE TERMINALE

*Soumettez votre demande de règlement à n'importe quel moment après la date du diagnostic ou la période d'attente applicable.**

**Veuillez consulter votre certificat d'assurance.*

- 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 votre médecin de famille de remplir la section 3.

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 TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL

Veuillez remplir cette section pour toutes les demandes de règlement.

Maladie grave ou en phase terminale

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	ÂGE
MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ <input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL		ADRESSE DE 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 Générale de la Floride, désignée ci-après 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
MALADIE GRAVE OU EN PHASE TERMINALE

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?		JJ	MM	AAAA	DIAGNOSTIC PRINCIPAL				DATE DU DIAGNOSTIC JJ MM AAAA						
DÉCRIEZ 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				DATES DE TRAITEMENT POUR L'AFFECTION SIMILAIRE		JJ	MM	AAAA			
DATES DE TRAITEMENT POUR LA MALADIE ACTUELLE				FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS			<input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) : <input type="checkbox"/> MENSUELLE								
PREMIÈRE VISITE		JJ	MM	AAAA	DERNIÈRE VISITE		JJ	MM	AAAA						
TOUTES LES DATES DE TRAITEMENT DEPUIS LE DÉBUT DE L'AFFECTION						NATURE DES TRAITEMENTS									
JJ	MM	AAAA	JJ	MM	AAAA	JJ	MM	AAAA							
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'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			
DATES 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			
QUAND LE PATIENT SERA-T-IL SUFFISAMMENT RÉTABLI POUR RETOURNER AU TRAVAIL OU REPRENDRE SES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES HABITUELLES?				JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> 1 MOIS <input type="checkbox"/> 2 MOIS <input type="checkbox"/> 3 MOIS <input type="checkbox"/> INVALIDITÉ PERMANENTE <input type="checkbox"/> 4 MOIS <input type="checkbox"/> 5 MOIS <input type="checkbox"/> 6 MOIS <input type="checkbox"/> AUTRE : _____				L'ESPÉRANCE DE VIE, EST-ELLE DE MOINS DE 12 MOIS?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
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. »															