

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 les paiements à votre compte 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

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

PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

- En cas de perte d'emploi, soumettez votre demande de règlement après le nombre de jours consécutifs sans emploi indiqué dans votre certificat d'assurance.
- Demandez à votre ancien employeur de remplir la section 3.
- Si vous ne pouvez pas faire remplir la déclaration de l'employeur, remplissez le formulaire vous-même et fournissez une copie de votre relevé d'emploi ainsi que vos deux derniers relevés de paie.
- Si vous êtes un travailleur indépendant ET que votre couverture prévoit une protection pour le travail indépendant, remplissez l'affidavit sur le travail indépendant.

3

ENVOYEZ-NOUS LES FORMULAIRES REMPLIS ET TOUS LES DOCUMENTS À L'APPUI

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,
C.P. 7000, Kingston (Ontario) K7L 5V3

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.
Veuillez visiter cartesfondes.assurant.com**

**VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE, ENREGISTRER LE FICHIER
ET LE TÉLÉVERSER À PARTIR DE CARTESFONDES.ASSURANT.COM**

SECTION 1

RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL

Veillez remplir cette section pour
toutes les demandes de règlement.

NOM DU CRÉANCIER		NUMÉRO DE COMPTE				
NOM DU TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL						
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		DATE DE NAISSANCE		ÂGE
				JJ	MM	AAAA
MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ		ADRESSE DE COURRIEL				
<input type="checkbox"/> POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL						
ADRESSE						
RUE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	
NOM DU DEMANDEUR						
NOM		PRÉNOM ET INITIALE(S)		DATE DE NAISSANCE		RELATION AVEC LE TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL
				JJ	MM	AAAA
ÊTES-VOUS ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI DU SERVICE CANADA?		ÊTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL?		SI OUI, À QUELLE DATE ÊTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL?		TOUCHEZ-VOUS UN REVENU OU DES GAINS VERSÉS PAR VOTRE EMPLOYEUR?
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		JJ	MM	AAAA
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

SECTION 2

AUTORISATION

Veillez 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, à son administrateur autorisé (ASSURANT), 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

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

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

À remplir par l'employeur sans frais à l'assureur

Je suis l'employeur de l'assuré désigné et, afin de fournir des renseignements à l'assureur désigné pour obtenir un règlement de la demande dudit employé, je déclare ce qui suit :

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ									
NOM DE L'EMPLOYÉ									
NOM				PRÉNOM ET INITIALE(S)				DATE D'EMBAUCHE	
								JJ MM AAAA	
HEURES DE TRAVAIL HEBDOMADAIRES		TITRE DU POSTE DE L'EMPLOYÉ							
TYPE D'EMPLOI				EN CAS D'EMPLOI SAISONNIER, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES NORMALES DE TRAVAIL		DU		AU	
<input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> SAISONNIER <input type="checkbox"/> TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> CONTRACTUEL <input type="checkbox"/> AUTONOME (Veuillez remplir l'affidavit sur le travail indépendant)						JJ MM AAAA		JJ MM AAAA	
BRÈVE DESCRIPTION DE SES FONCTIONS									
DATE DE L'AVIS DE PERTE D'EMPLOI		DERNIER JOUR DE TRAVAIL		DATE DE RETOUR AU TRAVAIL		L'EMPLOYÉ A-T-IL REÇU UNE INDEMNITÉ DE DÉPART?		EXPIRATION DE L'INDEMNITÉ DE DÉPART	
JJ MM AAAA		JJ MM AAAA		JJ MM AAAA		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		JJ MM AAAA	
RAISON DE L'INTERRUPTION DE L'EMPLOI									
L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS TOUTES SES FONCTIONS?		SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LES HEURES DE TRAVAIL HEBDOMADAIRES		SI NON, QUELLES FONCTIONS EST-IL CAPABLE D'EXERCER?					
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES									
RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE									
NOM DE L'ENTREPRISE						NUMÉRO DE TÉLÉPHONE			
						()			
ADRESSE									
RUE			VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR		
							()		
REPLIE PAR									
TITRE									
NOM					PRÉNOM ET INITIALE(S)				
ADRESSE DE COURRIEL DU REPRÉSENTANT DE L'ENTREPRISE					SIGNATURE			DATE	
								JJ MM AAAA	

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER.
Veuillez visiter cartesfondes.assurant.com

SECTION 4

AFFIDAVIT SUR LE TRAVAIL INDÉPENDANT

Toutes les couvertures ne prévoient pas une protection pour le travail indépendant. Veuillez passer en revue les détails de votre couverture avant de remplir cette section.

NOM DU CRÉANCIER			NUMÉRO DE COMPTE			DERNIER JOUR TRAVAILLÉ			
						JJ MM AAAA			
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE									
NOM					PRÉNOM ET INITIALE(S)				
ADRESSE									
RUE			VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - CONTACT		
							()		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - DOMICILE			ADRESSE COURRIEL (SI DISPONIBLE)						
()									
ÊTES-VOUS TOUJOURS ABSENT DU TRAVAIL?		SI NON, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL		NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE	DATE PRÉVUE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL		MA PROFESSION EST		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA				
QUEL POURCENTAGE DE VOTRE TEMPS CONSACRIEZ-VOUS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES?			SUPERVISION / ADMINISTRATION		TRAVAIL MANUEL	À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE DÉMARRÉ?		À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE FERMÉ SES PORTES?	
			%		%	JJ MM AAAA		JJ MM AAAA	
RAISON DE LA FERMETURE: <input type="checkbox"/> FAILLITE <input type="checkbox"/> RAISONS FINANCIÈRES <input type="checkbox"/> TRAVAIL SAISONNIER <input type="checkbox"/> MANQUE DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> BLESSURE/MALADIE <input type="checkbox"/> AUTRE _____									
RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE									
NOM COMMERCIAL							S'AGIT-IL D'UNE ENTREPRISE À MAISON?		
							<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
RUE			VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - CONTACT		
							()		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - ENTREPRISE			NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR		NUMÉRO DU PERMIS D'EXPLOITATION		NUMÉRO D'IDENTIFICATION AUX FINS DE L'IMPÔT (TPS)		
()			()						
AUTORISATION DU DEMANDEUR									
J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts. J'autorise tout employeur, médecin, hôpital, compagnie d'assurance ou autre organisme, ou toute personne possédant des dossiers, données ou renseignements concernant l'objet de cette demande de règlement, à fournir de tels dossiers, données ou renseignements à Assurant ou à son représentant autorisé, sur demande. Je comprends qu'en signant cette autorisation, je renonce à la confidentialité de ces renseignements.									
<input type="checkbox"/> En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est vraie en date du _____									
SIGNATURE DU DEMANDEUR							DATE		
							JJ MM AAAA		
Déclaré et signé devant moi, un notaire public ou un commissaire à l'assermentation au/en _____ (pays)							SCEAU DU NOTAIRE PUBLIC OU DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION		
Signature : _____									
Dans la province de _____, ce _____ jour de/d' _____ 20_____.									

UNE PHOTOCOPIE DE CE FORMULAIRE NE SERA PAS ACCEPTÉE.

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER.
Veillez visiter cartesfondes.assurant.com