

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 PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

Soumettez votre demande de règlement après le nombre de jours consécutifs sans emploi indiqué dans 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 ancien employeur de remplir la section 3. Si vous ne pouvez pas faire remplir la section 3, 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 des prestations pour les travailleurs indépendants, remplissez la section 4.
- Fournissez une preuve d'admissibilité aux prestations d'assurance-emploi (selon le cas).

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.

Perte d'emploi involontaire

| | | | | |
|---|--|---|----------|---|
| 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 |
| 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 |
| ÉTES-VOUS ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI DU SERVICE CANADA? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | ÉTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | SI OUI, À QUELLE DATE ÉTES-VOUS RETOURNÉ AU TRAVAIL? JJ MM AAAA |
| | | | | TOUCHEZ-VOUS UN REVENU OU DES GAINS VERSÉS PAR UN EMPLOYEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

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, 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 indiqué ci-dessus, American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, ci-après désignée 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
DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

À remplir par l'employeur, sans frais à l'assureur, lorsqu'aucun relevé d'emploi n'est disponible.

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 |
| NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE | | TITRE DU POSTE DE L'EMPLOYÉ | | |
| TYPE D'EMPLOI <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) | | EN CAS D'EMPLOI SAISONNIER, VEUILLEZ INDIQUER LES DATES NORMALES DE TRAVAIL | | DU JJ MM AAAA AU JJ MM AAAA |
| DATE DE L'AVIS DE PERTE D'EMPLOI JJ MM AAAA | DERNIER JOUR DE TRAVAIL JJ MM AAAA | DATE DE RETOUR AU TRAVAIL JJ MM AAAA | L'EMPLOYÉ A-T-IL REÇU UNE INDEMNITÉ DE DÉPART? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| RAISON DE L'INTERRUPTION DE L'EMPLOI | | | | |
| L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS TOUTES SES FONCTIONS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER LE NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE | | |
| REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES | | | | |
| RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE | | | | |
| NOM DE L'ENTREPRISE | | | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () | |
| ADRESSE | | | | |
| RUE | | VILLE | | PROVINCE CODE POSTAL |
| REPLIE PAR | | | | |
| TITRE | | | | |
| NOM | | PRÉNOM ET INITIALE(S) | | |
| ADRESSE DE COURRIEL DU REPRÉSENTANT DE L'ENTREPRISE | | SIGNATURE | | DATE JJ MM AAAA |

SECTION 4

POUR ASSURER UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE : Veuillez remplir le formulaire, enregistrer le fichier et le téléverser à partir de cartesfondes.assurant.com

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 (TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE) | | NUMÉRO DE COMPTE | | DERNIER JOUR TRAVAILLÉ JJ MM AAAA | |
| NOM DU DEMANDEUR | | | | | |
| NOM | | | PRÉNOM ET INITIALE(S) | | |
| ADRESSE | | | | | |
| RUE | | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - CONTACT () |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - DOMICILE () | | ADRESSE COURRIEL (LE CAS ÉCHÉANT) | | | |
| ÊTES-VOUS TOUJOURS ABSENT DU TRAVAIL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SI NON, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL JJ MM AAAA | NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE | DATE PRÉVUE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL JJ MM AAAA | MA PROFESSION EST | |
| QUEL POURCENTAGE DE VOTRE TEMPS CONSACRIEZ-VOUS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES? | SUPERVISION / ADMINISTRATION % | TRAVAIL MANUEL % | À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE DÉMARRÉ? JJ MM AAAA | À QUELLE DATE VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE FERMÉ SES PORTES? 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 | | | | | |
| L'ENTREPRISE A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE OU CONSTITUÉE EN PERSONNE MORALE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | À QUELLE DATE A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE OU CONSTITUÉE EN PERSONNE MORALE? JJ MM AAAA | S'AGIT-IL D'UNE ENTREPRISE À MAISON? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | | |
| NOM COMMERCIAL | | | | | |
| 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) Signature : _____ Dans la province de _____, ce _____ jour de/d' _____ 20_____. | | | | SCEAU DU NOTAIRE PUBLIC OU DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION | |

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

American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (ABIC) ainsi que ses 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 utilise et partage les renseignements personnels qui lui ont été fournis par vous ou obtenus auprès d'autres parties avec votre consentement. L'assureur peut utiliser ces renseignements pour vous servir à titre de client ou comme requis ou autorisé par la loi. Vos renseignements personnels peuvent être traités et stockés à l'extérieur de votre province dans un autre pays où ils peuvent faire l'objet d'accès par les autorités gouvernementales en vertu des lois applicables de ce pays. Veuillez visiter le site Web www.assurant.ca/fr-ca/politique-de-confidentialite ou composer le 1-888-778-8023 pour en savoir plus sur l'utilisation de vos renseignements personnels ainsi que votre droit à la vie privée.