

**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 recommandons de présenter votre demande de règlement en ligne au site [reglements.assurant.com](http://reglements.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.

**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****DÉCÈS**

- Annexez une copie du certificat de décès.
- Remplissez le formulaire d'autorisation de la succession ci-inclus ou faites-nous parvenir une copie de la page du testament qui indique le nom de l'exécuteur testamentaire.
- Demandez à un médecin de remplir la section 3.

**3****SOUMETTEZ VOTRE FORMULAIRE ET TOUT DOCUMENT À L'APPUI PAR UN DES MOYENS SUIVANTS :**

Téléversez vos documents pour un traitement plus rapide.

**En ligne** : Ouvrez une session sur le site [reglements.assurant.com](http://reglements.assurant.com)

Visitez votre succursale easyfinancière locale



Téléphonez au 1-855-996-3279

**Par la 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.**

**NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER.**  
Veuillez consulter le site [reglements.assurant.com](http://reglements.assurant.com)

## SECTION 1

POUR ASSURER UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE : Veuillez remplir le formulaire, enregistrer le fichier et le téléverser dans le site [reglements.assurant.com](http://reglements.assurant.com)

## RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Veuillez remplir cette section pour toutes les demandes de règlement.

Décès

COCHER ICI SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR PLUS D'UN PRÊT/COMPTE.

VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES NUMÉROS DE PRÊT/COMPTE (Cette information se trouve dans vos documents de prêt/compte)

NOM DU DÉBITEUR PRINCIPAL OU DU CODÉBITEUR : (PREMIER NOM INDIQUÉ SUR LE BILLET À ORDRE)

| NOM | PRÉNOM ET INITIALE(S) | DATE DE NAISSANCE | ÂGE |
|-----|-----------------------|-------------------|-----|
|     |                       | JJ MM AAAA        |     |

ADRESSE

| RUE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |
|-----|-------|----------|-------------|---------------------|
|     |       |          |             | ( )                 |

NOM DU DEMANDEUR

| NOM | PRÉNOM ET INITIALE(S) | ADRESSE DE COURRIEL | RELATION AVEC LE DÉBITEUR PRINCIPAL OU LE CODÉBITEUR |
|-----|-----------------------|---------------------|------------------------------------------------------|
|     |                       |                     |                                                      |

## 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, soit American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, ci-après désignées collectivement 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 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 |

Assurant comprend que des employés de la société easyfinancial ou des tierces parties agissant en son nom puissent jouer un rôle important pour vous aider au cours du processus de demande de règlement (par ex., présenter votre demande de règlement, soumettre d'autres documents requis à l'appui de votre demande de règlement et discuter de l'état de votre demande de règlement). Afin de protéger vos renseignements personnels, nous avons besoin de votre consentement explicite pour discuter de votre demande de règlement avec des employés de la société easyfinancial ou des tierces parties agissant en son nom. Votre consentement est particulier à la présente demande de règlement et vous avez le droit de le retirer à tout moment. Vous pouvez choisir de soumettre vos renseignements sur la demande de règlement directement à Assurant comme indiqué sur ce formulaire de demande de règlement.

J'autorise Assurant à partager les détails concernant ma demande de règlement ou l'état de ma demande de règlement avec des employés de la société easyfinancial ou des tierces parties agissant en son nom, m'aidant avec ma demande de règlement. Je sais et je reconnais que les détails concernant ma demande de règlement ou l'état de ma demande de règlement peuvent contenir des renseignements personnels sensibles (médicaux ou autres).

| 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, autre qu'un organisme ou qu'un représentant d'un organisme, 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

Service des règlements, 1945, rue King Est, bureau 100, Hamilton (Ontario) L8K 1W2 | Téléphone : 1-800-663-9822

## DEMANDE DE RÈGLEMENT : DÉCÈS À remplir par un médecin agréé sans frais à l'assureur

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------|------------------------------|--|-----------------------|--|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--------------------------------------------|--|
| <b>NOM COMPLET DU DÉFUNT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| NOM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |                                                                |                              |  | PRÉNOM ET INITIALE(S) |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| DATE DE NAISSANCE<br>JJ      MM      AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  | DATE DE DÉCÈS<br>JJ      MM      AAAA                          |                              |  | LIEU DU DÉCÈS         |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| <b>EN CAS D'ADMISSION À UN HÔPITAL OU UNE INSTITUTION MÉDICALE, VEUILLEZ FOURNIR LE NOM ET L'ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT</b>                                                                                                                                                                                                         |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| NOM DE L'HÔPITAL OU DE L'INSTITUTION MÉDICALE                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                                                                |                              |  |                       |  | DATE D'ADMISSION<br>JJ      MM      AAAA |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| RUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |                                                                | VILLE                        |  |                       |  | PROVINCE                                 |                                                                                                            | CODE POSTAL |  |                                            |  |
| PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS CONNU LE PATIENT?<br>DU JJ      MM      AAAA AU JJ      MM      AAAA                                                                                                                                                                                                                             |  |  |                                                                | CAUSE DU DÉCÈS               |  | CAUSE IMMÉDIATE       |  |                                          | CAUSE SOUS-JACENTE                                                                                         |             |  | DATE DU DIAGNOSTIC<br>JJ      MM      AAAA |  |
| DATES DE TRAITEMENT, D'EXAMEN OU DE RECOMMANDATIONS MÉDICAUX SE RAPPORTANT À LA CAUSE DU DÉCÈS AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES<br>JJ      MM      AAAA      JJ      MM      AAAA      JJ      MM      AAAA                                                                                                                      |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| À QUOI LE DÉCÈS EST-IL ATTRIBUABLE?    ACCIDENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    HOMICIDE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    SUICIDE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    DROGUES OU ALCOOL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| VEUILLEZ BRIÈVEMENT DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DU DÉCÈS                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          | LE DEMANDEUR CONDUISAIT-IL UN VÉHICULE À MOTEUR? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |             |  |                                            |  |
| UNE AUTOPSIE A-T-ELLE ÉTÉ FAITE?<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                                                                                                                                                                                                                       |  |  | SI OUI, VEUILLEZ RÉSUMER LES RÉSULTATS ET ANNEXER LES RAPPORTS |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| À VOTRE CONNAISSANCE, AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES, LE DÉFUNT A-T-IL ÉTÉ SOIGNÉ PAR UN AUTRE MÉDECIN OU DANS UN AUTRE HÔPITAL POUR LA CAUSE DU DÉCÈS INDIQUÉE CI-DESSUS?<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS</i>                            |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| NOM DU MÉDECIN OU DE L'HÔPITAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |                                                                |                              |  | BLESSURE/MALADIE      |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| <b>ADRESSE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| RUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |                                                                | VILLE                        |  |                       |  | PROVINCE                                 |                                                                                                            | CODE POSTAL |  |                                            |  |
| DATES DE TRAITEMENT    JJ      MM      AAAA      JJ      MM      AAAA      JJ      MM      AAAA      JJ      MM      AAAA                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| <b>RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN AGRÉÉ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |
| 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)<br>« 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. »                                         |  |  |                                                                |                              |  |                       |  |                                          |                                                                                                            |             |  |                                            |  |

## FORMULAIRE DE LA SUCCESSION

Dans le but de protéger la vie privée de nos clients, nous vous demandons respectueusement de nous fournir les renseignements suivants lors de la présentation d'une demande de règlement d'assurance vie :

|                                                |                       |
|------------------------------------------------|-----------------------|
| NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT (s'il y a lieu) | NUMÉRO DE PRÊT/COMPTE |
|------------------------------------------------|-----------------------|

 TESTAMENT CI-JOINT

Je déclare par les présentes que \_\_\_\_\_ est la personne qui agit à titre d'exécuteur testamentaire de la succession de \_\_\_\_\_.

Lien avec le client : \_\_\_\_\_.

 AUCUN TESTAMENT

Je déclare par les présentes que \_\_\_\_\_ est la personne qui agit à titre d'exécuteur testamentaire de la succession de \_\_\_\_\_.

Lien avec le client : \_\_\_\_\_.

 DEMANDE DE LA PART D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Je déclare par les présentes que je, \_\_\_\_\_, fais une demande de renseignements à titre de [conjoint(e) / enfant / petit enfant] de la personne décédée.

Lien de parenté avec le client : \_\_\_\_\_.

## CAUSE DU DÉCÈS

## AUTORISATION DU DEMANDEUR

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts.

En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est vraie en date du \_\_\_\_\_

|                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| SIGNATURE DU DEMANDEUR | DATE JJ MM AAAA |
| SIGNATURE DU TÉMOIN    | DATE JJ MM AAAA |

**Veillez nous faire parvenir ce document avec les formulaires de demande de règlement.**