

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.

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

Si la fréquence de vos paiements prévus est à toutes les deux semaines ou deux fois par mois, retournez votre formulaire 7 jours avant votre date d'échéance.

Si la fréquence de vos paiements prévus est mensuelle, retournez votre formulaire 15 jours avant votre date d'échéance.

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



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

SECTION 1

POUR ASSURER UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE : Veuillez remplir le formulaire, enregistrer le fichier et le téléverser dans le site reglements.assurant.com

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR À remplir au complet

Perte d'emploi involontaire

NOM				NUMÉRO DE DEMANDE			
<input type="checkbox"/> 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)							
ADRESSE <input type="checkbox"/> COCHER ICI EN CAS DE CORRECTIONS D'ADRESSE							
RUE		VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	
AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL DEPUIS VOTRE PERTE D'EMPLOI? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> À PLEIN TEMPS <input type="checkbox"/> À TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> NON			SI OUI, INDIQUEZ LA DATE JJ MM AAAA		NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE		RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TOUCHEZ-VOUS DES REVENUS OU RÉMUNÉRATIONS D'UN EMPLOYEUR?			SI NON, POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS REPRIS LE TRAVAIL?				
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON							
<p>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 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 », ou son représentant autorisé sur demande. Je comprends qu'en signant la présente autorisation, je renonce au statut privilégié de ladite information.</p> <p>Une photocopie de la présente autorisation peut être tout aussi valide et exécutoire que l'originale.</p> <p>Cette autorisation restera valide pour la durée de la demande de règlement.</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> En cochant cette case, je reconnais que la déclaration ci-dessus est vraie en date du _____</p>							
SIGNATURE DU DEMANDEUR				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		DATE JJ MM AAAA	
				()			
<p>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.</p> <p>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).</p>							
SIGNATURE DU DEMANDEUR						DATE JJ MM AAAA	
VEUILLEZ INDIQUER LA RÉPONSE APPROPRIÉE							
<input type="checkbox"/> 1. Des renseignements sur mes prestations d'assurance-emploi sont ci-joints.							
<input type="checkbox"/> 2. Je n'ai pas encore commencé à toucher des prestations d'assurance-emploi en raison de l'indemnité de départ qui m'a été accordée.					Date de la fin de cette indemnité JJ MM AAAA		
<input type="checkbox"/> 3. Je ne suis pas admissible aux prestations d'assurance-emploi en raison d'un nombre insuffisant de semaines/heures de travail.							
IL FAUT QUE CE FORMULAIRE SOIT SIGNÉ ET DATÉ							