

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité

Nom de l'assuré :

N° de succursale / compte :

Adresse postale de la succursale :

Date de réception à la succursale :

/ /

DIRECTIVES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

1. Veuillez dûment remplir toutes les sections et les cases du formulaire.
2. Si une question ne s'applique pas, tracez une ligne sur l'espace prévu pour la réponse.
3. Veuillez joindre une copie de la demande d'assurance de protection de prêt, de la demande de crédit et des cartes comptables nos 1 et 2, ou de l'équivalent de Symphony.

REMARQUE : Les formulaires modifiés seront refusés.

DIRECTIVES POUR LA SOUMISSION

1. Lorsque toutes les sections auront été remplies, veuillez retourner la demande d'indemnité à l'adresse en en-tête.
2. Gardez une copie du formulaire et toutes les pièces jointes pour vos dossiers.
3. Si le formulaire n'est pas dûment rempli et accompagné de toutes les pièces justificatives, le traitement de votre demande sera retardé.
4. Si vous choisissez de soumettre votre demande par courriel à l'adresse InsClaims@onemainfinancial.com, sachez que cette méthode n'est pas considérée comme sécuritaire pour transmettre des renseignements personnels et médicaux.
5. Veuillez allouer 15 jours après l'expédition ou la télécopie pour le traitement des formulaires de demande d'indemnité dûment remplis.

Vous ne pouvez pas présenter d'action en justice ni en équité afin de recouvrer des prestations en vertu du présent certificat d'assurance, à moins qu'elle ne soit déposée dans les délais fixés par les lois provinciales ou territoriales en la matière : en Alberta – la *Loi sur les assurances*; en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Manitoba – la *Loi sur les assurances*; en Ontario – la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*; en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador – la *Loi sur la prescription des actions*; au Québec – le *Code civil du Québec*.

AVIS RELATIF À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Compagnie d'assurance Triton recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels à votre sujet comme suit : (1) dans la Déclaration de Compagnie d'assurance Triton sur la confidentialité des renseignements personnels (dont vous pouvez obtenir une copie à l'adresse en en-tête); (2) dans la section *Autorisation relative aux renseignements personnels* du présent formulaire; (3) dans le formulaire de demande de l'assurance-crédit à l'origine de votre demande d'indemnité. Nous conservons un dossier contenant vos renseignements personnels aux fins susmentionnées, lequel peut être consulté au 1420-380, rue Wellington, London (Ontario) N6A 5B5. Seuls les employés, mandataires et autres représentants autorisés de Compagnie d'assurance Triton qui ont pour tâche d'administrer votre dossier, et les autres personnes autorisées par vous ou par la loi, peuvent avoir accès à votre dossier.

Nous n'exigerons pas de résultats de tests génétiques et si nous en recevons par inadvertance, nous ne les utiliserons pas pour déterminer votre admissibilité à la couverture ou évaluer votre demande de prestations.

En signant et en soumettant le présent formulaire d'indemnité en votre propre nom, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels de la manière décrite ci-dessus et ailleurs dans le présent formulaire de demande d'indemnité, y compris la section *Autorisation relative aux renseignements personnels* du présent formulaire de demande d'indemnité.

SIGNATURE :

DATE : / /

AUTORISATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'ai lu et je comprends parfaitement le contenu de l'Avis relatif à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels (« Avis ») et je reconnais et consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation, par Compagnie d'assurance Triton, de mes renseignements personnels aux fins précisées dans l'Avis. Aux fins d'enquête et de traitement de la demande d'indemnité, j'autorise et incite par les présentes tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance, employeur, commission de santé et sécurité au travail, représentant de Ressources humaines et Développement social ou toute autre organisation, institution, association ou personne identifiée dans l'Avis, qui possède actuellement, ou est susceptible de le faire dans l'avenir, des documents ou des renseignements à mon sujet ou relatifs à ma santé, à mes antécédents de travail, aux prestations versées ou à toute information connexe à divulguer à Compagnie d'assurance Triton, ainsi qu'à ses représentants et réassureurs autorisés, à la demande de Compagnie d'assurance Triton, toute information de cette nature aux fins mentionnées dans l'Avis. Une photocopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'autorisation originale.

SIGNATURE :

DATE : / /

1. DÉCLARATION DE L'ASSURÉ Veuillez inscrire tous les renseignements en caractères d'imprimerie ou à la machine. Cette section doit être remplie, signée et datée par l'assuré.

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Dernier jour de travail : | <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> | J | J | M | M | A | A | Date de naissance : | <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> | J | J | M | M | A | A |
| J | J | | | | | | | | | | | | | | |
| M | M | | | | | | | | | | | | | | |
| A | A | | | | | | | | | | | | | | |
| J | J | | | | | | | | | | | | | | |
| M | M | | | | | | | | | | | | | | |
| A | A | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d'absence du travail pour invalidité totale : | <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> | J | J | M | M | A | A | Date du retour au travail : | <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> | J | J | M | M | A | A |
| J | J | | | | | | | | | | | | | | |
| M | M | | | | | | | | | | | | | | |
| A | A | | | | | | | | | | | | | | |
| J | J | | | | | | | | | | | | | | |
| M | M | | | | | | | | | | | | | | |
| A | A | | | | | | | | | | | | | | |

Le cas fait-il l'objet d'une indemnisation pour accident du travail? Oui Non

Le cas échéant, veuillez indiquer le numéro du dossier à la Commission de la santé et de la sécurité au travail et l'adresse.

Cette invalidité est attribuable à :
 une maladie une blessure
 un accident

Date et circonstances de l'invalidité? Veuillez également fournir la date de l'accident, le cas échéant.

Le cas échéant, quand?

Avez-vous subi une blessure ou une maladie identique ou similaire auparavant? Oui Non

Veuillez indiquer les noms et adresses de tous les médecins qui vous ont traité au cours des 2 dernières années. Si l'espace est insuffisant, veuillez joindre une feuille distincte.

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Nom du médecin : | Date de la première consultation : | <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> | J | J | M | M | A | A |
| J | J | | | | | | | |
| M | M | | | | | | | |
| A | A | | | | | | | |
| Adresse postale complète du médecin : | Province : | Code postal | | | | | | |
| Nom du médecin : | Date de la première consultation : | <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> | J | J | M | M | A | A |
| J | J | | | | | | | |
| M | M | | | | | | | |
| A | A | | | | | | | |
| Adresse postale complète du médecin : | PROVINCE : | Code postal | | | | | | |

J'atteste, au mieux de mes connaissances et convictions, que les déclarations qui précèdent, y compris toute déclaration qui les accompagne, sont véridiques, exactes et complètes.

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|
| SIGNATURE : | DATE : | <table border="1"><tr><td>J</td><td>J</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td></tr></table> / <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td></tr></table> | J | J | M | M | A | A |
| J | J | | | | | | | |
| M | M | | | | | | | |
| A | A | | | | | | | |
| ADRESSE POSTALE COMPLÈTE : | VILLE : | PROVINCE : | CODE POSTAL : | | | | | |

2. DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR Cette section doit être remplie par l'employeur. Veillez préciser s'il s'agit d'un travailleur autonome.

Dernier jour de travail :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | / | M | M | / | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Date du retour au travail :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | / | M | M | / | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Date de la cessation d'emploi, le cas échéant :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | / | M | M | / | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

NOM DE L'ENTREPRISE :

N° DE TÉLÉPHONE :

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | - | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ADRESSE POSTALE COMPLÈTE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SIGNATURE DE LA PERSONNE REMPLISSANT CETTE SECTION :

DATE :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | / | M | M | / | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE :

TITRE :

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT Cette section doit être remplie par le médecin traitant. Tous frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au patient.

Notre politique définit une **invalidité totale** comme étant une « invalidité se produisant par suite de blessure ou de maladie qui se poursuit sans interruption pendant 30 jours consécutifs ou plus et qui empêche la personne assurée d'effectuer les tâches exigées par son emploi principal ».

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnostic principal : |
| Facteur aggravant / complications de l'invalidité : |
| Dates des interventions chirurgicales : |
| Si elles sont liées à une grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement ainsi que toute complication, le cas échéant : |

En cas d'hospitalisation, veuillez préciser les dates :

Du : / /

Au : / /

Patient totalement invalide et incapable de travailler :

Du : / /

Au : / /

Date du premier traitement : / /

Toutes les dates subséquentes de traitement :

Fréquence des visites : hebdomadaire mensuelle autre
 Cette invalidité est attribuable à : une blessure
 une maladie un accident

Quand les symptômes sont-ils apparus la première fois ou quand l'accident est-il survenu? / /

Le patient a-t-il déjà présenté la même condition ou une condition similaire? Oui Non

Le cas échéant, quand? / /

Quand estimez-vous que le patient pourra reprendre son travail?

/ /

Ce patient vous a-t-il été dirigé par un autre médecin? Oui Non

| | | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du médecin orienteur : | Date à laquelle le patient vous a été dirigé : | <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> | <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> | <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> |
| Adresse postale complète du médecin orienteur : | Ville : | Province : | Code postal : | <input type="text" value=""/> |
| SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT : | | DATE : | <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> | <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> |
| ADRESSE POSTALE COMPLÈTE : | | PROVINCE : | CODE POSTAL : | <input type="text" value=""/> |