

Souscrite par :

**American, compagnie d'assurance-  
vie et d'assurance-maladie**

1420-380 Wellington St  
London, Ontario N6A 5B5

Tél. : 800 285-8623 | Télécopieur : 877 772-2623

Formulaire de réclamation d'assurance-vie

Nom de l'assuré :

N° de succursale / compte :

Adresse postale de la succursale :

Date de réception à la succursale :

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

**DIRECTIVES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE**

1. Veuillez joindre les documents suivants à votre demande :
  - une copie de la demande d'assurance de protection du prêt;
  - des impressions d'écran en noir et blanc des pages 1 et 2 de l'écran des cartes comptables;
  - une copie en noir et blanc de l'écran Indemnité de décès en date du décès;
  - une copie du certificat de décès, du rapport du coroner ou de la déclaration d'un directeur de funérailles agréé (si la *Déclaration du médecin traitant* n'est pas remplie).
2. Si le certificat d'assurance contenait une question ou une déclaration portant sur la santé, demandez au plus proche parent du défunt de remplir l'*Autorisation du plus proche parent*.

**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](mailto: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**

Les renseignements déjà fournis à American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie par l'assuré et recueillis dans le présent formulaire sont utilisés et divulgués aux fins d'évaluation, d'enquête et de traitement de cette demande d'indemnité, et par ailleurs de la manière décrite dans notre Politique de respect de la vie privée (dont vous pouvez obtenir une copie en nous contactant à l'adresse en en-tête) et dans le formulaire de demande d'assurance-crédit présenté par l'assuré.

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.

Nous conservons un dossier contenant les renseignements personnels de l'assuré aux fins susmentionnées, qui peut être consulté au 1420-380, rue Wellington, London (Ontario) N6A 5B5. Seuls les employés, mandataires et autres représentants autorisés de American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie qui ont pour tâche d'administrer le dossier, et les autres personnes autorisées par l'assuré ou par la loi, peuvent avoir accès à votre dossier. Sous réserve des exceptions prévues par la loi applicable, les personnes habilitées juridiquement peuvent avoir accès au dossier de l'assuré et demander que des corrections soient apportées aux renseignements personnels de l'assuré, en faisant parvenir une demande écrite à l'Agent de la protection de la vie privée, 355, rue Wellington, London (Ontario) N6A 5B5.

**AUTORISATION DU PLUS PROCHE PARENT** – Cette section doit être remplie par le plus proche parent du défunt si le certificat d'assurance contenait une question ou une déclaration portant sur la santé. Veuillez indiquer le nom, l'adresse complète et le numéro de téléphone de tout médecin, hôpital ou autre personne qui a fourni des soins à l'assuré défunt et de toute pharmacie qui a exécuté une ordonnance pour l'assuré défunt au cours des cinq dernières années.

NOM	ADRESSE COMPLÈTE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

**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 American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie, des renseignements personnels de \_\_\_\_\_ 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 au sujet de \_\_\_\_\_ ou relatifs à sa santé, à ses antécédents de travail, aux prestations qui lui ont été versées ou à toute information connexe sur \_\_\_\_\_ à divulguer à American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie, ainsi qu'à ses représentants et réassureurs autorisés, à la demande de American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie, 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 DU PLUS PROCHE PARENT :		DATE :	J	J	/	M	M	/	A	A
LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ASSURÉ										
ADRESSE POSTALE COMPLÈTE :				VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :				

En cas de signature par un représentant successoral de l'assuré

Adresse :		N° de téléphone :
Nom en caractères d'imprimerie du représentant successoral :	Relation/pouvoir de signer pour l'assuré :	

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT** Cette section doit être remplie par le médecin traitant OU le coroner. Tous frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent à la succession.

Date du décès :

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

Date de naissance :

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

Lieu du décès :

--

Cause du décès (maladie ou condition ayant mené directement au décès) :

--

Le décès est attribuable ou découle de ce qui suit :

--

Autres conditions significatives (ayant contribué au décès, mais n'étant pas liées directement à la condition ayant causé le décès) :

--

Décès attribuable à :

- une cause naturelle       un accident       un suicide       autre (veuillez expliquer) \_\_\_\_\_

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) a-t-il causé ou contribué au décès?  Oui  Non

Avez-vous conseillé, consulté ou traité le défunt au cours des trois dernières années?  Oui  Non

Date à laquelle le défunt a été informé du diagnostic :

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

Nom du médecin de famille :

--

Adresse postale complète :

--

Ville :

Province :

Code postal :

--	--

--	--	--	--	--	--

Nom du médecin traitant ou du coroner en caractères d'imprimerie :

--

N° de tél. :

				-											
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse postale complète :

--

Ville :

Province :

Code postal :

--	--

--	--	--	--	--	--

Signature du médecin traitant ou du coroner :

--

Date :

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