

Souscrire par :

**Compagnie d'assurance Triton**

1420-380 Wellington St

London, Ontario N6A 5B5

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

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité continue

Nom de l'assuré :

N° de succursale / compte :

N° de la demande d'indemnité :

Adresse postale de la succursale :

Date de réception à la succursale :

J  J /  M  M /  A  A

**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. Un formulaire de demande d'indemnité doit être rempli tous les 30 jours afin de déterminer si des prestations supplémentaires seront versées.

**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**

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 :  J  J /  M  M /  A  A

**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 :  J  J /  M  M /  A  A

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

Avez-vous repris le travail?

Oui  Non

Si oui, à quelle date avez-vous repris le travail?

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

*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 :

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

ADRESSE POSTALE COMPLÈTE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

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

**2. 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 ».

Patient totalement invalide et incapable de travailler :

Du :

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

Au :

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

Diagnostic et interventions chirurgicales récentes :

À quelle fréquence les traitements sont-ils administrés?

une fois par semaine  une fois par mois  autre

Date du dernier traitement :

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

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

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

SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT :

DATE :

j	j	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

ADRESSE POSTALE COMPLÈTE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

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

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE :

N° DE TÉLÉPHONE

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