

Compagnie d'assurance Triton

1420-380, rue Wellington

London, Ontario N6A 5B5

Sans frais 800-285-8623 | Télécopieur 877-772-2623 | insclaims@omf.com

Nom de l'assuré: _____ Numéro de Réclamation: _____

Numéro de Compte: _____

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité continue - Directives

1

- ☐ 1. Remplir entièrement, signer et dater la section de l'assuré.
- ☐ 2. La section réservée au médecin traitant doit être remplie, signée et datée par votre médecin.

2

- ☐ Selon les exigences de votre certificat d'assurance, des renseignements supplémentaires sur la demande d'indemnisation peuvent être requis.
- ☐ Votre certificat d'assurance peut prévoir un nombre limité de prestations d'invalidité mensuelles. Le nombre maximum de prestations d'invalidité mensuelles est indiqué dans le barème figurant sur votre certificat d'assurance.
- ☐ Il est important de soumettre les formulaires de demande d'indemnisation dûment remplis, signés et datés afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande. Les formulaires de demande d'indemnisation modifiés peuvent ne pas être acceptés.
- ☐ Veuillez conserver une copie pour vos dossiers. Veuillez noter que le courrier électronique n'est pas considéré comme un mode de livraison sécurisé pour les informations personnelles ou médicales.

3

Veuillez nous retourner le formulaire de demande d'indemnisation dûment rempli et les documents justificatifs par l'un des moyens suivants :



Adresse courriel :

insclaims@omf.com

N'oubliez pas d'indiquer votre nom et votre numéro de compte/numéro de demande dans l'objet de votre courriel.



Télécharger en ligne :

www.compagniedassurancetriton.ca



Par la poste :

Compagnie d'assurance Triton
1420-380, rue Wellington
London, Ontario N6A 5B5



Télécopieur : 877-772-2623

Nous sommes là pour vous aider!

Notre équipe des solutions à la clientèle est à votre disposition pour vous aider du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h (HE)



Sans frais :
800-285-8623



Clavardage :
www.compagniedassurancetriton.ca

Compagnie d'assurance Triton

1420-380, rue Wellington

London, Ontario N6A 5B5

Sans frais 800-285-8623 | Télécopieur 877-772-2623 | insclaims@omf.com**Nom de l'assuré:** _____ **Numéro de Réclamation:** _____**Numéro de Compte:** _____

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité continue Section de l'assuré - À remplir par l'assuré			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone			
Êtes-vous retourné au travail? ☐ Oui ☐ Non		Si oui, date du retour (jj-mm-aa)	
<i>J'affirme que les renseignements fournis sont exacts et complets.</i>			
Signature _____		Date (jj-mm-aa) _____	
Section du médecin traitant - À remplir par le médecin traitant Cette section doit être remplie sans frais pour la compagnie d'assurance.			
Date de l'incapacité du patient pour exercer les principales fonctions de l'emploi pour cause d'invalidité totale		De (jj-mm-aa)	À (jj-mm-aa)
Diagnostic			
Date de la dernière visite (jj-mm-aa)			
Date approximative à laquelle le patient pourra reprendre le travail (jj-mm-aa) _____ ☐ 1-3 mois ☐ 4-6 mois ☐ 7 mois ou plus ☐ Aucun retour possible			
Adresse du médecin traitant	Ville	Province	Code postal
Téléphone		Télécopieur	
Nom du médecin traitant en caractères d'imprimerie			
Signature du médecin traitant			Date (jj-mm-aa)

AVIS IMPORTANT DE FINANCIÈRE FAIRSTONE INC. CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'INDEMNITÉ EN ATTENTE

Vous avez récemment soumis une demande d'assurance crédit pour perte d'emploi ou invalidité à l'une de nos compagnies d'assurance. Nous souhaitons prendre un moment pour nous assurer que ce processus est clair et que vous êtes au courant des étapes à suivre pour recevoir vos prestations maximales si votre demande est approuvée.

Poursuite de vos versements

Jusqu'à ce que votre demande d'assurance crédit ait été révisée et approuvée, vous êtes responsable d'effectuer vos versements mensuels. Assurez-vous de ne manquer aucun de vos versements de prêt pendant que votre demande d'indemnité est en cours de traitement. Vous serez avisé par la compagnie d'assurance dès qu'une décision aura été prise.

Notre engagement

La compagnie d'assurance s'engage à traiter votre demande dans les plus brefs délais. Il est important que vous fournissiez les formulaires de demande d'indemnité et tous les documents requis en temps opportun. Si certains renseignements ne sont pas fournis à la compagnie d'assurance, le temps de traitement de votre demande peut augmenter.

Si votre demande est approuvée, la compagnie d'assurance commencera à effectuer les versements en votre nom à compter de votre date d'admissibilité. Ainsi, vous ne perdrez aucune de vos prestations d'assurance pendant le traitement de votre demande. Les versements se poursuivront tant que vous soumettez les formulaires de demande d'indemnité et autres documents requis en temps opportun et que vous êtes admissible aux prestations.

Durée du prêt et prestations

Si vous avez effectué un ou plusieurs versements de prêt qui sont aussi couverts par la compagnie d'assurance, vous pouvez soumettre une demande de remboursement à Financière Fairstone Inc..

Si vous ne demandez pas de remboursement, tout versement couvert que vous avez effectué sera porté à votre compte de prêt en tant que versement effectué à l'avance, ce qui pourrait entraîner le remboursement de votre prêt avant la fin de la durée du prêt ou avant que vous ayez touché toutes vos prestations d'assurance potentielles.

Nous sommes là pour vous aider si vous avez des questions ou si vous souhaitez demander un remboursement. Veuillez communiquer avec votre succursale Financière Fairstone Inc..

Merci.