

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 Autorisation Relative Aux Renseignements Personnels

Par la présente, j'autorise, je consens et j'ordonne à tout médecin, médecin praticien, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance, employeur, commission de l'indemnisation des accidentés du travail, Emploi et Développement social Canada ou toute autre organisation, institution, association ou personne qui possède actuellement ou pourrait posséder à l'avenir des dossiers ou des renseignements me concernant ou concernant mon état de santé, mes antécédents professionnels, les prestations versées ou tout autre renseignement connexe, de divulguer à la Compagnie d'assurance Triton, à ses représentants autorisés et à ses réassureurs, à la demande de la Compagnie d'assurance Triton, tout renseignement important pour l'administration de ma demande d'indemnisation.

Les renseignements obtenus dans le cadre de la présente autorisation peuvent être consultés par des personnes autorisées de la Compagnie d'assurance Triton aux fins de l'administration de ma demande de réclamation. Certaines de ces personnes peuvent se trouver à l'extérieur du Canada. Pour les résidents du Québec, certaines de ces personnes peuvent se trouver à l'extérieur de la province de Québec. Pour en savoir plus sur la politique de confidentialité de la Compagnie d'assurance Triton, veuillez consulter l'énoncé de confidentialité des renseignements personnels sur notre site Web.

Cette autorisation est valide pour la durée de la demande d'indemnisation. J'ai le droit de révoquer cette autorisation en adressant un avis écrit, signé et daté à la compagnie d'assurance susmentionnée. Une fois cette autorisation révoquée, les renseignements protégés sur la santé soumis à cette autorisation ne seront ni utilisés ni divulgués, sauf dans la mesure où cette autorisation a déjà été invoquée. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'autorisation originale.

En signant et en soumettant ce formulaire de demande d'indemnisation en votre nom, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels.

Signature _____ **Date** (jj-mm-aa) _____

REMARQUE : Nous ne demanderons pas de résultats de tests génétiques et, s'ils sont reçus par inadvertance, nous ne les utiliserons pas pour déterminer l'admissibilité à la couverture ou pour déterminer les indemnisations à verser.

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 - Directives

1

- 1. Signer et dater l'autorisation d'accès aux renseignements personnels.
- 2. Remplir entièrement, signer et dater la section de l'assuré **après** les 30 premiers jours d'attente.
- 3. La section réservée au médecin traitant doit être remplie, signée et datée par votre médecin **après** les 30 premiers jours d'attente.
- 4. Votre demande d'assurance de protection de prêt et l'historique des transactions les plus récentes doivent être fournis par le prêteur.

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

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			
Section de l'assuré - À remplir par l'assuré			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone		Date de naissance (jj-mm-aa)	
Nom de l'employeur ou, s'il s'agit d'un travailleur indépendant, veuillez préciser		Numéro de téléphone de l'employeur	
Adresse de l'employeur	Ville	Province	Code postal
Date de l'arrêt de travail en raison d'une invalidité (jj-mm-aa)		Date de la dernière journée de travail (jj-mm-aa)	
Cette invalidité est due à : <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Accident			
En cas de blessure ou d'accident, indiquer la date (jj-mm-aa) et le lieu où l'invalidité s'est produite. _____			
Êtes-vous retourné travailler? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de retour (jj-mm-aa)			
Veuillez fournir les renseignements suivants concernant votre médecin traitant et tous les médecins qui vous ont soigné au cours des deux dernières années. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez indiquer les renseignements sur une autre page.			
Nom du médecin principal		Date de la première communication (jj-mm-aa)	
Adresse du médecin	Ville	Province	Code postal
Nom du ou des autres médecins		Date de la première communication (jj-mm-aa)	
Adresse du médecin	Ville	Province	Code postal
<i>J'affirme que les renseignements fournis sont exacts et complets.</i>			
Signature _____		Date (jj-mm-aa) _____	

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			
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)
Date initiale de la visite (jj-mm-aa)			
Toutes les dates de visites ultérieures (jj-mm-aa)			
Diagnostic primaire			
Dates de l'intervention chirurgicale, le cas échéant (jj-mm-aa)		Dates d'hospitalisation, le cas échéant (jj-mm-aa)	
Cette invalidité est due à <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Accident			
Date d'apparition des premiers symptômes ou de l'accident (jj-mm-aa)			
En cas de grossesse, indiquer la date estimée de l'accouchement et énumérer les complications éventuelles			
Date approximative à laquelle le patient pourra reprendre le travail (jj-mm-aa) _____ <input type="checkbox"/> 1-3 mois <input type="checkbox"/> 4-6 mois <input type="checkbox"/> 7 mois ou plus <input type="checkbox"/> Aucun retour possible			
Nom du médecin qui a référé le patient à votre cabinet médical, le cas échéant		Date de la référence (jj-mm-aa)	
Adresse du médecin référent		Ville	Province
			Code postal
Adresse du médecin traitant		Ville	Province
			Code postal
Numéro de téléphone		Télécopieur	
Nom en caractère d'imprimerie du médecin traitant			
Signature du médecin traitant			Date (jj-mm-aa)

**IMPORTANT NOTICE FROM
FAIRSTONE FINANCIAL INC.
CONCERNING YOUR PENDING INSURANCE CLAIM**

You recently applied for credit disability or credit job loss benefits from one of our insurance providers. We wanted to take a moment to make sure you understand the process and are aware of the steps you need to take to ensure you receive your maximum benefit if your claim is approved.

Continue to Make Payments

Until your claim for credit insurance benefits has been reviewed and approved, you are responsible for making your monthly payments. Please do not fall behind on your loan payments while your insurance claim is pending. You will be notified by the Insurance Company as soon as a decision is made.

Our Commitment

The Insurance Company is committed to processing your claim as quickly as possible. It is important that you file your claim forms and all required documentation in a timely fashion because if the insurance company has to gather the missing necessary information, it could add to the time it takes to process the claim.

If your claim is approved, the Insurance Company will begin making the payments on your behalf effective from the date of your eligibility. This ensures you do not miss out on any insurance benefits while your claim is being processed. Payments will continue to be made for as long as you submit the required claim forms and documentation in a timely manner and qualify for benefits.

Loan Term and Benefits

If you have made one or more loan payments that were also covered by the Insurance Company, you may request a refund of those payments from Fairstone Financial Inc..

If you do not request a refund, any covered payments that you have made will be applied as advance payments on your loan and could result in the loan being paid off before the end of your loan term and/or before you have received all of your potential insurance benefits.

If you have any questions or would like to request a refund, we're here to help. Please reach out to your local Fairstone Financial Inc. branch.

Thank you.

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.