

## Compagnie d'assurance Triton

1420-380, rue Wellington

London, Ontario N6A 5B5

Sans frais 800-285-8623 | Télécopieur 877-772-2623 | [insclaims@omf.com](mailto:insclaims@omf.com)

**Nom de l'assuré:** \_\_\_\_\_ **Numéro de Réclamation:** \_\_\_\_\_

**Numéro de Compte:** \_\_\_\_\_

### Formulaire de réclamation d'assurance perte d'emploi 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) \_\_\_\_\_

## Compagnie d'assurance Triton

1420-380, rue Wellington

London, Ontario N6A 5B5

Sans frais 800-285-8623 | Télécopieur 877-772-2623 | [insclaims@omf.com](mailto:insclaims@omf.com)

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_ Numéro de Réclamation: \_\_\_\_\_

Numéro de Compte: \_\_\_\_\_

### Formulaire de réclamation d'assurance perte d'emploi - 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. Fournir une copie de votre relevé d'emploi pour cette perte d'emploi.
- 4. Fournir une copie de votre relevé d'assurance-emploi (AE).
- 5. 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 prévoit un nombre limité de prestations mensuelles pour perte d'emploi. Le nombre maximum de prestations mensuelles pour perte d'emploi 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](mailto: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](http://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](http://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](mailto:insclaims@omf.com)

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_ Numéro de Réclamation: \_\_\_\_\_

Numéro de Compte: \_\_\_\_\_

Formulaire de réclamation d'assurance perte d'emploi Section de l'assuré - À remplir par l'assuré			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone		Date de naissance (jj-mm-aa)	
Dernier jour de travail (jj-mm-aa)		Date d'avis de départ (jj-mm-aa)	
Type d'emploi: <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> saisonnier		Nombre total d'heures travaillées par semaine	
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 d'embauche (jj-mm-aa)	Avez-vous reçu une indemnité de départ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Raison de l'arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Mise à pied non saisonnière / pénurie de travail <input type="checkbox"/> Fermeture annuelle ou régulière prévue <input type="checkbox"/> Fin de contrat <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/> Mise à pied saisonnière <input type="checkbox"/> Mise à pied permanente	
Au cours des deux dernières années, avez-vous connu une interruption d'emploi de 30 jours ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
De (jj-mm-aa)	À (jj-mm-aa)	Motif de l'interruption	
Inscrit aux	<input type="checkbox"/> Prestations régulières d'AE <input type="checkbox"/> Non inscrit aux prestations d'AE	<input type="checkbox"/> Autres prestations d'AE	
Date d'inscription (jj-mm-aa)	Date du 1er paiement approuvé par l'AE (jj-mm-aa)		
Êtes-vous retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date du retour (jj-mm-aa)	N° d'heures de travail par semaine	
<b>J'affirme que les renseignements fournis sont exacts et complets.</b>			
Signature _____		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.