

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

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 demande d'indemnisation suite à un décès

Avis

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 en la matière : En Alberta – *Loi sur les assurances*; en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut – *Loi sur les assurances*; au Manitoba – *Loi sur les assurances*; en Ontario – *Loi de 2002 sur la prescription des actions*; en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador – *Loi sur la prescription des actions*; au Québec – *Le Code civil du Québec*.

Avis concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels

Les renseignements précédemment 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 de l'évaluation, de l'examen, de l'enquête et du traitement de la demande d'indemnisation, ainsi que conformément à notre politique de confidentialité (dont vous pouvez obtenir un exemplaire en nous contactant à l'adresse ci-dessus ou sur notre site Web au www.americancompagniedassurance-vieetdassurance-maladie.ca) et au formulaire de demande d'assurance-crédit soumis par l'assuré.

Nous conservons un dossier contenant les informations personnelles de l'assuré aux fins décrites ci-dessus, accessible au 1420-380, rue Wellington, London, Ontario N6A 5B5. Le dossier ne sera accessible qu'aux employés, agents et autres représentants autorisés d'American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie chargés de gérer le dossier, ainsi qu'aux autres personnes autorisées par l'assuré ou par la loi. Sous réserve des exceptions prévues par la loi applicable, les personnes ayant une autorité légale peuvent accéder au dossier de l'assuré et demander que des corrections soient apportées aux renseignements personnels le concernant en envoyant une demande écrite à l'agent de la protection de la vie privée, au 1420-380, rue Wellington, London, Ontario N6A 5B5.

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

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 demande d'indemnisation suite à un décès - Directives

1

1. La section relative au médecin traitant doit être remplie, signée et datée par le médecin traitant ou le coroner de l'assuré décédé. En lieu et place de cette section complétée, l'un des documents suivants peut être soumis :
- une copie du rapport du coroner; ou
 - une copie du certificat de décès certifié; ou
 - une copie de la déclaration du directeur de funérailles.
- Note : La cause et les circonstances de décès peuvent être exigés en fonction de la date du décès.
2. Le prêteur doit soumettre :
- une copie de la demande d'assurance de protection de prêt; **et**
 - une copie en noir et blanc de l'historique des transactions indiquant le dernier paiement avant la date du décès et toutes les transactions depuis cette date; **et**
 - une capture d'écran en noir et blanc de l'interrogation sur le remboursement des indemnités de décès.

2

- Selon les exigences du certificat d'assurance, des renseignements supplémentaires sur la demande d'indemnisation peuvent être requis.
- 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 la 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 le nom et le numéro de compte et numéro de demande de l'assuré dans l'objet de votre courriel.



Télécharger en ligne :

www.americancompagniedassurance-vieetdassurance-maladie.ca



Par la poste :

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

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.americancompagniedassurance-vieetdassurance-maladie.ca

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

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 demande d'indemnisation suite à un décès Section du médecin traitant - À remplir par le médecin traitant ou le coroner Cette section doit être remplie sans frais pour la compagnie d'assurance.				
Date du décès (jj-mm-aa)		Date de naissance (jj-mm-aa)		
Lieu du décès				
Causes du décès (maladie ou condition ayant mené directement au décès)				
Décès attribuable à <input type="checkbox"/> une cause naturelle <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un suicide <input type="checkbox"/> En cours d'investigation <input type="checkbox"/> autre (veuillez expliquer) _____				
Nom de médecin de famille				
Adresse de médecin de famille		Ville	Province	Code postal
Nom du médecin traitant ou du coroner en caractères d'imprimerie			Téléphone	
Adresse du médecin traitant ou du coroner		Ville	Province	Code postal
Signature du médecin traitant ou du coroner			Date (jj-mm-aa)	