



CLAIMANT'S STATEMENT/DÉCLARATION DU DEMANDEUR – (please print/s.v.p. imprimer)
Policy number/numéro de police: **SRG 913 37 19**

Claimant's Surname
Nom de famille du demandeur: _____

Claimant given name:
Prénom du demandeur : _____

Address (Street & No)
Adresse (Numéro et rue): _____

Apt./Unit no.
Numéro d'appartement/Unité _____

Telephone no
Numéro de téléphone : () _____

City/Town
Ville : _____

Province : _____

Postal Code
Code postal : _____

Date of birth
Date de naissance : _____

Sex
Sexe : Male/Homme _____ Female/Femme _____

D/M/Y J/M/A

1. Date of Accident
Date de l'accident: _____

Date of Initial Medical attention
Date des premiers soins médicaux: _____

2. Full details of Accident
Tous les détails de l'accident: _____

3. What injuries were sustained?
Quelles étaient les blessures?: _____

4. Name and address of family physician
Nom et adresse du médecin de famille: _____

5. Name and address of witnesses to this accident
Nom et adresse des témoins de l'accident : _____

6. Name and address of Surgeons or Specialists who provided treatment regarding this accident
Nom et adresses des chirurgiens ou des spécialistes qui ont prodigué des soins à la suite de cet accident : _____

<p>PERSONAL INFORMATION NOTICE: I understand that the information provided by me on this claim form and otherwise in respect of my claim, is required by American Assurance Company, its re-insurers and authorized administrators ("the insurer") to assess my entitlement to benefits, including but not limited to determining if coverage is in effect, investigating the applicability of exclusions and coordinating coverage with other insurers. For these purposes, the insurer will also consult its existing insurance files about me, collect additional information about and from me, and where required, collect information from and exchange information with, third parties. CERTIFICATION: The statements I provide in completing this claim form and otherwise in respect of my claims are true and complete to the best of my knowledge and belief. In the event of a false or misleading statement in the making of this claim, coverage, coverage can be cancelled, payment of benefits denied and past claims payments recovered. I agree to refund to the Insurer, the amount of say payments made in the event that such amounts should not have been paid in respect of my claim.</p> <p>AUTHORIZATION: I authorize for a period of not less than twelve and not more than twenty-four months from the date hereof, say physician, practitioner, health care provider, hospital care institution, medical organization, clinic and say other medical or medically related facility, any insurance company, workers compensation board or similar plan or organization, benefit plan administrator, federal, territorial or provincial government department, or say other corporation or organization, institution or association (including obtaining information from the group policyholder or my employer) to release and exchange with American Home Assurance Company, or representatives thereof, all personal health information, benefit payment, employment or financial information about me or any other information or records about me in its possession that is requested while administering my claim.</p>	<p>AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS: Je comprends que les renseignements fournis par moi dans le présent formulaire et autrement dans le cadre de demande de règlement sont requis par American Home Assurance Company, ses réassureurs et administrateurs autorisés (« l'assureur ») afin d'évaluer mon admissibilité aux prestations y compris, mais de façon limitative, afin de déterminer si la couverture enst en vigueur, d'étudier si des exclusions s'appliquent et de coordonner la couverture avec autre assureur. A ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance actuels à mon sujet et de ma part lorsque requis, obtiendra et échangera des renseignements avec d'autres parties. ATTESTATION : Les renseignements fournis dans le présent formulaire et autrement relativement à mes demandes de règlement sont, au meilleur de ma connaissance, exacts et complets. En cas d'une fausse déclaration ou de renseignements de nature à induire en erreur en remplissant le présent formulaire, la couverture peut être résiliée, le versement des prestations peut être refusé et le versement des prestations passé peut être recouvré. Je conviens de rembourser à l'assureur le montant de tout versement qui n'aurait pas du avoir été effectué relativement à ma demande. AUTORISATION: J'autorise pour une période d'au moins douze mois et de plus de vingt-quatre mois à partir de la date de la signature du présent formulaire, tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de santé, organisme médical, toute clinique et tout autre établissement médical ou relié à la médecine, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail ou tout régime ou organisme semblable, l'administrateur de tout régime d'assurance, tout service du gouvernement fédéral, territorial ou provincial ou toute autre corporation, organisation, institution ou association à divulguer et échanger avec American Home Assurance Company ou ses représentants, toute information sur la santé personnelle, le versement des prestations ou les finances à mon sujet ou tout autre information ou dossier à mon sujet en leur possession qui pourrait être demandé en rapport avec l'administration de la présente demande de règlement.</p>
--	---

I agree that a reproduction of this authorization shall be as valid as the original / Je conviens qu'une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Date _____ Claimant's signature / Signature du demandeur : _____