

INSTRUCTIONS POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÉGLEMENT EN CAS DE CANCER

INTRODUCTION

Pour garantir que votre demande de règlement soit traitée efficacement, veuillez suivre les étapes simples décrites ci-dessous. Remplissez toutes les sections pertinentes du formulaire et joignez tous les documents médicaux que vous avez en main. Saviez-vous que vous pouvez remplir une demande de règlement en ligne pour un service plus rapide. Visitez notre site Web au www.combined.ca. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous au **1 888 234-4466**.

LA DÉCLARATION DU DEMANDEUR DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR ET PAR L'EMPLOYEUR

- **Renseignements personnels** : Indiquez votre nom complet et votre adresse. Tous les paiements et toute correspondance seront envoyés à cette adresse, sauf indication contraire.
- **Numéros de police** : Listez tous les numéros de police associés à cette demande de règlement (y compris les polices familiales).
- **Renseignements médicaux** : Décrivez vos symptômes et indiquez la date du diagnostic.
- **Documents justificatifs** : Fournissez une copie du rapport pathologique confirmant le diagnostic de cancer. Si une biopsie n'a pas été réalisée parce que l'acte a été jugé contre-indiqué sur le plan médical ou présentait un risque excessif, veuillez nous fournir tous les rapports médicaux et les résultats des examens qui confirment le diagnostic de cancer et le stade du cancer.
- **Hospitalisation pour un cancer, chirurgie ambulatoire et détails des traitements** :
 - Demandez au Service des archives médicales de remplir le « Rapport d'hospitalisation » :
 - **Pour une hospitalisation** : doit comprendre les dates d'admission et de sortie, l'unité d'hospitalisation, le diagnostic et le sceau de l'hôpital. Fournissez les confirmations de chaque hôpital en cas d'admission dans plusieurs établissements.
 - **Pour une chirurgie ambulatoire/un traitement** : doit comprendre les dates de chaque traitement de chimiothérapie/radiothérapie ou des chirurgies ambulatoires.
 - Pour la chimiothérapie administrée à la maison, veuillez fournir les reçus émis par la pharmacie et le protocole de traitement du médecin traitant.
- **Indice de performance** : Veuillez cocher les cases qui s'appliquent à votre état et indiquer la période.
 - **Sans emploi/retraité** : Décrivez vos activités quotidiennes avant votre invalidité.
 - **Confirmation d'emploi** :
 - **Salarié** : Demandez à votre employeur de confirmer votre absence en raison d'une invalidité (page 5).
 - **Travailleur autonome** : Indiquez la nature de votre emploi et les tâches quotidiennes.
- **Autorisation** : Signez et datez les autorisations (pages 2 et 4) afin de nous permettre d'obtenir des informations complémentaires si nécessaire. *(Remarque : Si votre sinistre est survenu dans les 2 ans suivant la date de prise d'effet / de remise en vigueur de votre police, nous pourrions demander des renseignements médicaux supplémentaires, ce qui pourrait retarder le traitement de votre demande de règlement.)*

LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT

- **Diagnostic et traitement** : Indiquez le diagnostic, la date du diagnostic, l'origine ou la cause de l'état et les dates du traitement.
 - **Patient ambulatoire** : Indiquez la date à laquelle les soins ont été reçus et le type de traitement.
 - **Patient hospitalisé** : Fournissez la confirmation de l'hôpital contenant les dates d'admission et de sortie.
- **Indice de performance** : Les cases s'appliquant à votre état fonctionnel doivent être cochées.
- **Coordonnées du médecin** : Fournissez l'adresse complète et le numéro de téléphone de l'oncologue.
- **Médecin de famille** : Fournissez l'adresse complète et le numéro de téléphone du médecin de famille.

SOUMISSION

- **Faites des copies** : Conservez une copie des deux côtés du formulaire de demande de règlement et des factures que vous soumettez. Notez la date d'envoi pour vos dossiers.
- **Envoyez les formulaires remplis à** :
Compagnie d'assurance Combined d'Amérique, Service des règlements,
case postale 3720 MIP, Markham, ON L3R 0X5
Télécopieur : 905-754-4362
Courriel : canadian_claims_department@chubb.com
Portail en ligne : <https://my.combinedinsurance.com/fr-CA/login>

AUTORISATION DE L'AGENT

Si vous souhaitez autoriser votre agent à obtenir des renseignements sur votre demande de règlement et/ou vos polices, veuillez remplir le formulaire « Autorisation de divulgation de renseignements à mon agent d'assurance » qui se trouve sur notre site Web au www.combined.ca.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Remplir les 4 sections pour éviter un délai dans le traitement de votre demande de règlement.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		ASSURÉ PRINCIPAL/PROPRIÉTAIRE <input type="checkbox"/>		PERSONNE À CHARGE <input type="checkbox"/>	
ADRESSE POSTALE				RUE		APP.	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	DATE DE NAISSANCE	MM	JJ	AAAA	NUMÉRO(S) DE POLICE
TÉLÉPHONE PRINCIPAL		AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE					
COURRIEL			MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ				
L'adresse courriel fournie sera utilisée pour communiquer avec vous uniquement au sujet de vos demandes de règlement à Combined Assurances, et non à des fins commerciales ou promotionnelles de quelque nature que ce soit.			TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> COURRIER <input type="checkbox"/> COURRIEL <input type="checkbox"/>				

Si l'assuré est d'âge mineur, veuillez fournir le nom et l'adresse du propriétaire de la police :

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS

DIAGNOSTIC	DATE DES PREMIERS SYMPTÔMES	MM	JJ	AAAA
DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ CONSULTÉ UN MÉDECIN POUR LA PREMIÈRE FOIS POUR CET ÉTAT		MM	JJ	AAAA
NOM DU MÉDECIN QUE VOUS AVEZ CONSULTÉ	NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE			
AU MOMENT DU SINISTRE, VOUS ÉTIEZ				
SALARIÉ <input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR AUTONOME <input type="checkbox"/> RETRAITÉ/SANS EMPLOI <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT/ENFANT <input type="checkbox"/>				

Si vous êtes salarié/travailleur autonome, - Quel est le titre de votre poste/la nature de l'activité professionnelle et quelles sont vos tâches quotidiennes?

SECTION 3 - INDICE DE PERFORMANCE

- Pleinement actif, capable d'effectuer toutes les activités qu'il effectuait avant les symptômes/le diagnostic sans restriction.
- Restreint dans les activités physiques intenses mais ambulatoire et capable d'effectuer un travail de nature légère ou sédentaire.
- Ambulatoire (mobile) 50 % du temps et capable de prendre soin de soi mais incapable d'effectuer des activités professionnelles.
- Capable uniquement de soins personnels limités, confiné au lit ou dans un fauteuil plus de 50 % du temps.
- Incapable de prendre soin de soi. Confiné au lit ou au fauteuil toute la journée.

DU _____ AU _____

DATE PRÉVUE OU RÉELLE DE RETOUR À L'INDICE PLEINEMENT ACTIF MM JJ AAAA

SECTION 4 - CONSENTEMENT ET AUTORISATION

Je consens et j'autorise Combined Canada à accéder, à recueillir, à conserver, à communiquer et à échanger des renseignements personnels. Je comprends que le présent consentement restera en vigueur jusqu'à ce que je le révoque. Ce consentement et les renseignements personnels associés seront gérés conformément à la Politique de confidentialité de Combined Canada publiée sur : <https://www.combinedinsurance.com/ca-fr>

Je comprends que les renseignements personnels seront utilisés pour enquêter, évaluer et traiter toute demande ou réclamation que je présenterai. J'affirme que tous les renseignements fournis sont véridiques et je reconnais que la fraude à l'assurance est illégale. En cas de déclaration fautive ou trompeuse lors de la présentation de cette demande de règlement, le paiement des prestations peut être refusé et les paiements des prestations versées antérieurement recouverts sans remboursement des primes payées. J'accepte de rembourser à l'assureur le montant de tout versement effectué au cas où ces montants n'auraient pas dû être versés pour cette demande de règlement.

Les renseignements personnels peuvent être échangés avec toute compagnie d'assurance, fournisseur de soins de santé, administrateur d'avantages sociaux, le MIB (Bureau de renseignements médicaux), régime provincial d'assurance maladie ou toute autre partie ayant des renseignements sur moi ou sur ma santé, situés au Canada ou à l'étranger, lorsque cela est pertinent pour enquêter, évaluer et traiter mes demandes et mes réclamations. Ces renseignements personnels peuvent être partagés électroniquement, par téléphone ou sur papier et tous les échanges d'informations respecteront les lois applicables sur la protection de la vie privée.

Je comprends que je peux demander l'accès à mes renseignements personnels ou leur correction. Pour plus de détails sur mes droits en matière de confidentialité, je peux consulter la politique de confidentialité dont le lien est fourni ci-dessus.

Cochez cette case si vous donnez ce consentement au nom d'une autre personne. (Documentation supplémentaire requise)

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur

Date (MM/JJ/AAAA)

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire et de payer les frais s'y rattachant.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE MM JJ AAAA

SECTION 2 - DIAGNOSTIC

- a. Quel est le diagnostic/état primaire _____
 Joignez les résultats objectifs (y compris le rapport pathologique).
- b. Date des premiers symptômes (MM/DD/YYYY) _____
- c. Le patient a-t-il déjà souffert d'un état identique ou similaire? NON OUI Fournissez des détails _____
- d. Affections sous-jacentes qui contribuent à cet état : _____

SECTION 3 - MÉDECINS ET SUIVI

- a. Nom du médecin de FAMILLE _____
- b. Nom de l'ONCOLOGUE _____
- c. Date à laquelle le patient a consulté pour la première fois pour son état actuel (MM/JJ/AAAA) _____
- d. Avez-vous supervisé activement les soins prodigués à votre patient? NON OUI
 Si la réponse est non, fournissez le nom du médecin traitant _____
- e. Date du prochain suivi (MM/JJ/AAAA) _____

SECTION 4 - HOSPITALISATION ET TRAITEMENT

- a. Nom de l'hôpital où les traitements ont été reçus : _____
 SALLE D'URGENCE :
 Date et heure d'arrivée (MM/JJ/AAAA) _____ Date et heure de départ (MM/JJ/AAAA) _____
 SÉJOUR EN TANT QUE PATIENT HOSPITALISÉ :
 Date d'admission (MM/JJ/AAAA) _____ Date de sortie (MM/JJ/AAAA) _____
 CHIRURGIE AMBULATOIRE - Date (MM/DD/YYYY) _____
- b. Traitement (décrivez le traitement, y compris le type d'intervention chirurgicale, les médicaments sur ordonnance, la posologie, l'administration et l'évolution) :

SECTION 5 - INDICE DE PERFORMANCE

- Pleinement actif, capable d'effectuer toutes les activités qu'il effectuait avant les symptômes/le diagnostic sans restriction.
- Restreint dans les activités physiques intenses mais ambulatoire et capable d'effectuer un travail de nature légère ou sédentaire.
- Ambulatoire (mobile) 50 % du temps et capable de prendre soin de soi mais incapable d'effectuer des activités professionnelles.
- Capable uniquement de soins personnels limités, confiné au lit ou dans un fauteuil plus de 50 % du temps.
- Incapable de prendre soin de soi. Confiné au lit ou au fauteuil toute la journée.

DU _____ AU _____

DATE PRÉVUE OU RÉELLE DE RETOUR À L'INDICE PLEINEMENT ACTIF MM JJ AAAA

SECTION 6 - SIGNATURE ET COORDONNÉES DU MÉDECIN

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) _____ Spécialisation _____

Adresse _____ Télécopieur _____ Téléphone _____

Signature _____ Permis _____ Date _____

CONSENTEMENT ET AUTORISATION

Je consens et j'autorise Combined Canada à accéder, à recueillir, à conserver, à communiquer et à échanger des renseignements personnels. Je comprends que le présent consentement restera en vigueur jusqu'à ce que je le révoque. Ce consentement et les renseignements personnels associés seront gérés conformément à la Politique de confidentialité de Combined Canada publiée sur : <https://www.combinedinsurance.com/ca-fr>

Je comprends que les renseignements personnels seront utilisés pour enquêter, évaluer et traiter toute demande ou réclamation que je présenterai. J'affirme que tous les renseignements fournis sont véridiques et je reconnais que la fraude à l'assurance est illégale. En cas de déclaration fautive ou trompeuse lors de la présentation de cette demande de règlement, le paiement des prestations peut être refusé et les paiements des prestations versées antérieurement recouverts sans remboursement des primes payées. J'accepte de rembourser à l'assureur le montant de tout versement effectué au cas où ces montants n'auraient pas dû être versés pour cette demande de règlement.

Les renseignements personnels peuvent être échangés avec toute compagnie d'assurance, fournisseur de soins de santé, administrateur d'avantages sociaux, le MIB (Bureau de renseignements médicaux), régime provincial d'assurance maladie ou toute autre partie ayant des renseignements sur moi ou sur ma santé, situés au Canada ou à l'étranger, lorsque cela est pertinent pour enquêter, évaluer et traiter mes demandes et mes réclamations. Ces renseignements personnels peuvent être partagés électroniquement, par téléphone ou sur papier et tous les échanges d'informations respecteront les lois applicables sur la protection de la vie privée.

Je comprends que je peux demander l'accès à mes renseignements personnels ou leur correction. Pour plus de détails sur mes droits en matière de confidentialité, je peux consulter la politique de confidentialité dont le lien est fourni ci-dessus.

Signé le ____ jour de _____ 202 ____

Nom du demandeur/de l'assuré _____
(en caractères d'imprimerie)

Date de naissance _____

Signature du demandeur/de l'assuré _____
Si le demandeur/l'assuré est d'âge mineur voir ci-dessous

Nom du parent/tuteur légal _____
(en caractères d'imprimerie)

Signature du parent/tuteur légal _____

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR

SECTION 1 - INFORMATIONS SUR L'ABSENCE DU TRAVAIL

Par la présente, j'atteste que _____
PRÉNOM INITIALE DU SECOND PRÉNOM NOM DE FAMILLE

S'est absenté(e) du travail du _____ au _____ (inclusivement)
MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA

Reprise des fonctions **partielles ou modifiées** le _____
MM/JJ/AAAA

A repris ou devrait reprendre **toutes** ses fonctions le _____
MM/JJ/AAAA

SECTION 2 - INFORMATIONS SUR L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Le titre du poste, l'activité professionnelle et les tâches quotidiennes sont les suivants (veuillez joindre une description de l'emploi si disponible)

SECTION 3 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'entreprise _____

Adresse de l'entreprise _____

Nom et titre de la personne autorisée _____

Coordonnées de la personne autorisée _____

Signature de la personne autorisée _____ Date _____
MM/JJ/AAAA

CONSETEMENT AUX TRANSACTIONS, AUX PAIEMENTS ET À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUES

1. . Consentement aux transactions électroniques

En signant et en datant le présent formulaire, vous reconnaissez, acceptez et consentez au recours par la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique (« Combined ») aux transactions électroniques, aux signatures électroniques et à la réception d'une version électronique de certains documents et dossiers, y compris, mais sans s'y limiter, pour la livraison de la police, les accusés de réception, les avis (y compris, sans limitation, les avis de confidentialité), les formulaires, les factures, les explications des prestations, les preuves de sinistre, les documents relatifs aux demandes de règlement, les quittances, les autorisations en vue d'obtenir des dossiers médicaux, les déclarations sous serment et divulgations, dans les limites autorisées par la loi. Les documents électroniques seront livrés en ligne à votre compte libre-service Combined. Vous serez averti par courriel de la livraison. À moins qu'il ne soit retiré, le présent consentement s'applique à toutes les transactions réalisées entre vous et Combined.

En vertu de votre consentement, vous reconnaissez expressément que certains documents livrés par voie électronique contiendront des renseignements confidentiels et des informations concernant votre situation financière personnelle (les « renseignements financiers personnels ») et d'autres renseignements permettant de vous identifier; vous consentez à la communication de ces renseignements confidentiels, renseignements financiers personnels et renseignements permettant de vous identifier par des moyens électroniques. Le consentement que vous accordez demeurera en vigueur jusqu'à ce que vous le retiriez.

En vertu de votre consentement, vous reconnaissez expressément que nous remplacerons la livraison sous forme imprimée d'un document en particulier par la livraison électronique de celui-ci, à notre seule discrétion, lorsqu'il deviendra possible de transmettre ledit document par voie électronique, et vous consentez à ce que des documents vous soient transmis de la manière suivante : nous pouvons vous envoyer un courriel pour vous faire parvenir ces documents, que ce soit sous forme de texte, de pièce jointe ou de lien hypertexte. Ces courriels seront envoyés à l'adresse de courriel inscrite dans votre dossier. Vous êtes tenu de nous fournir une adresse de courriel valide à laquelle vous avez régulièrement accès et vous devez nous informer immédiatement de tout changement à cette adresse de courriel. Vous pouvez modifier votre adresse de courriel par l'intermédiaire de notre portail libre-service accessible à <https://my.combinedinsurance.com/fr-CA/login> ou en appelant le Service à la clientèle.

Vous avez le droit de recevoir des communications de Combined sous forme imprimée. Vous pouvez retirer ce consentement n'importe quand. Pour retirer votre consentement, vous pouvez appeler notre Service à la clientèle, du lundi au vendredi de 8 h à 19 h, HNE ou aller au www.combinedinsurance.com/ca-fr/contact-us pour remplir et soumettre un formulaire de demande de renseignements généraux. Le retrait de votre consentement n'affectera ni ne modifiera d'aucune manière l'efficacité, la validité ou l'applicabilité des documents qui vous auront été transmis par voie électronique avant que votre retrait ne prenne effet.

Pour demander sans frais une version imprimée de tout document qui vous a été initialement fourni par voie électronique, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle.

2. Consentement au paiement électronique

Si vous soumettez une demande de règlement donnant lieu à un paiement, Combined peut vous offrir la possibilité de recevoir ce paiement par voie électronique au moyen d'un virement bancaire dans un compte chèques ou d'un virement sur un compte PayPal. Combined n'imposera aucuns frais si vous choisissez d'accepter votre paiement par voie électronique, mais votre institution financière pourrait imposer des frais. En signant et en datant le présent formulaire, vous acceptez cette offre et consentez à accepter le paiement de vos demandes de règlement par voie électronique. Le consentement à accepter le paiement par voie électronique revêt un caractère volontaire. Vos paiements reçus par voie de virement électronique peuvent faire l'objet d'une saisie ou d'une saisie-arrêt si votre compte est assujéti à de telles mesures.

Si une partie de votre demande de règlement est payable, vous recevrez un courriel contenant un lien qui vous permettra de créer un compte et d'indiquer vos informations bancaires ou tout autre compte sur lequel vous souhaitez que les fonds soient déposés. Si vous ne configurez pas un compte et ne nous fournissez pas les renseignements relatifs au compte dans les trois (3) jours civils, nous émettrons automatiquement le paiement sous forme de chèque que nous ferons parvenir par la poste à l'adresse figurant au dossier.

Les fonds non réclamés sont soumis aux lois applicables concernant les biens non réclamés.

En signant et en datant le présent formulaire, vous attestez que vous êtes l'assuré principal visé par la couverture en vertu de laquelle votre réclamation a été soumise.

3. Consentement à la signature électronique

Vous acceptez également que votre signature électronique constitue l'équivalent juridique de votre signature manuscrite sur les documents susmentionnés. Vous acceptez de surcroît que le recours à un clavier, à une souris ou à un autre périphérique pour sélectionner un élément, un bouton, une icône ou poser un acte ou prendre une mesure similaire, ou pour autrement accepter, prendre acte, consentir, souscrire ou attester à l'égard de l'un des documents susmentionnés constitue votre signature, votre acceptation et votre accord comme s'il était signé manuellement par vous par écrit. Vous acceptez qu'aucune autorité de certification ou autre mesure de vérification par un tiers n'est nécessaire pour valider cette signature, et que l'absence de cette certification ou mesure de vérification par un tiers n'affectera en rien le caractère exécutoire de cette signature ou de tout document. Vous déclarez que vous serez lié par les conditions du présent consentement. Le présent consentement à la livraison et à la signature électroniques demeure en vigueur jusqu'à ce que vous le retiriez. L'utilisation du commerce électronique n'affectera en rien la validité, l'effet juridique ou l'applicabilité de vos transactions avec Combined.

Vous êtes tenu de veiller à ce que ni votre logiciel ni votre fournisseur de services Internet n'entrave ou n'interfère avec les avis et les communications décrits aux présentes. Pour garantir la livraison de votre police, de votre demande de règlement et/ou de tout autre document, les exigences minimales suivantes en matière de matériel et de système sont nécessaires pour signer, imprimer, conserver et recevoir ces documents.

Systèmes d'exploitation	Windows® 7 ou 8.1 ou MAC
Navigateurs	Versions finales du logiciel Internet Explorer® 9.0 ou version ultérieure (Windows seulement); Firefox 34 ou version ultérieure (Windows et Mac); Safari™ 5.0 ou version ultérieure (Mac seulement); Google Chrome 39 ou version ultérieure; Apple iOS 7 ou version ultérieure; Android 4.4 et versions ultérieures.
Lecteur PDF	Acrobat Reader® ou un logiciel similaire pourrait être requis pour visualiser et imprimer les fichiers PDF
Résolution de l'écran	800 x 600 minimum
Fonction de sécurité activée	Autoriser les témoins volatils

En signant et en datant le présent formulaire, vous confirmez que votre ordinateur ou que votre appareil électronique répond à la configuration système requise pour imprimer, stocker et recevoir les documents relatifs aux demandes de règlement par voie électronique, et que vous serez en mesure d'accéder à ceux-ci à des fins de référence ultérieure.

Assuré principal/Propriétaire (nom en caractères d'imprimerie)

Signature de l'assuré principal/propriétaire

Adresse courriel

Date

LE PRÉSENT FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'ASSURÉ PRINCIPAL AU TITRE DE LA POLICE EN VERTU DE LAQUELLE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT EST PRÉSENTÉE.

SI L'ASSURÉ PRINCIPAL EST D'ÂGE MINEUR, LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE. SI LE FORMULAIRE EST INCOMPLÉT OU EST REMPLI PAR LA MAUVAISE PERSONNE, LE PAIEMENT SERA ÉMIS SOUS FORME DE CHÈQUE.

Ce qu'il faut savoir sur les paiements électroniques :

- Inscription à Hyperwallet :** Si votre demande de règlement est approuvée, vous recevrez une confirmation par courriel. Vous devez vous inscrire à Hyperwallet dans les trois (3) jours civils suivant la réception de ce courriel. Si votre numéro de téléphone est différent de celui qui figure dans les dossiers de Combined Assurances, vous ne pourrez pas recevoir le code requis pour activer votre compte. Il est important de tenir vos coordonnées à jour et de nous informer de tout changement avant de demander des paiements électroniques.
- Vérifiez régulièrement vos courriels :** Après avoir soumis une demande de règlement, vérifiez régulièrement vos courriels, y compris les dossiers tels que les courriers indésirables ou les pourriels, pour les mises à jour ou instructions importantes concernant votre paiement.
- Tenez à jour vos informations bancaires et vos coordonnées :** Si vous avez déjà reçu un paiement électronique, veillez à fournir à Hyperwallet vos informations bancaires et vos coordonnées mises à jour pour éviter tout retard.
- Opérations non réussies ou expirées :** Le paiement sera émis par défaut sous forme de chèque trois (3) jours après la réception de ce courriel.