

Demande de règlement au titre de l'assurance-vie pour marge de crédit ou prêt personnel

Assurance-crédit – Contrats n^{os} 51007 et/ou 21559

Représentant de BMO Banque de Montréal :

Nom de famille (en caractères d'imprimerie)	Prénom (en caractères d'imprimerie)
Signature X	Adresse électronique
Numéro de téléphone _ _	Numéro de télécopieur _ _
Date (jj-mm-aaaa) _ _	

Timbre de la succursale domiciliaire

Quels renseignements sont requis dans le cas d'une demande de règlement-décès?

Liste de contrôle :

- Si le décès s'est produit plus de 2 ans après la date d'entrée en vigueur de l'assurance, les documents suivants sont requis :
 - Copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance se rapportant à la présente demande de règlement
 - Déclaration du créancier (pages 2 et 3) dûment remplie par le représentant de la banque
 - Original de l'attestation de décès de l'entrepreneur de pompes funèbres OU copie certifiée conforme du certificat de décès
 - Déclaration du représentant autorisé (pages 4 et 5) dûment remplie et signée par le liquidateur de la succession (ou exécuteur testamentaire) de la personne décédée
- Si le décès s'est produit moins de 2 ans après la date d'entrée en vigueur de l'assurance, les documents suivants sont requis :
 - Copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance se rapportant à la présente demande de règlement
 - Déclaration du créancier (pages 2 et 3)
 - Déclaration du représentant autorisé (pages 4 et 5) dûment remplie et signée par le liquidateur de la succession (ou exécuteur testamentaire) de la personne décédée. Veuillez joindre une copie du testament de la personne décédée.
 - Déclaration du médecin traitant (pages 6 et 7) dûment remplie et signée par le médecin qui traitait la personne avant son décès
 - Original de l'attestation de décès de l'entrepreneur de pompes funèbres OU copie certifiée conforme du certificat de décès

Pour assurer un traitement rapide de votre demande de règlement :

- Veuillez remplir toutes les déclarations se rapportant à votre demande de règlement et les retourner à votre succursale dans une enveloppe scellée. Votre succursale fera parvenir l'ensemble du dossier de règlement à l'assureur en votre nom.
- Pour éviter les retards, veuillez vous assurer que les formulaires sont dûment remplis et donnez le plus de renseignements possible pour nous aider à évaluer votre demande de règlement. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne pourra donner suite à votre demande que lorsqu'elle aura reçu tous les documents requis.
- Pour tout renseignement concernant votre demande de règlement, vous pouvez appeler la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie au 1-877-271-8713.

Veuillez retourner le formulaire dûment remplie à l'adresse suivante:

La Sun Life du Canada
Département règlements vie groupe
1155 Metcalfe
Montreal QC H3B 2V9
Numéro de télécopieur :
1-855-774-1859

À noter :

- Dans le cas des décès qui surviennent en dehors de l'Amérique du Nord, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si des documents supplémentaires venaient à être exigés.
- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si elle a besoin de renseignements supplémentaires pour terminer l'étude de votre demande.
- Tant que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne vous a pas informé par écrit de sa décision en ce qui touche la demande de règlement, il incombe au liquidateur de la succession (ou exécuteur testamentaire) de continuer d'effectuer les paiements sur le prêt ou la marge de crédit.
- L'attestation de sinistre doit être présentée dans l'année qui suit la date du décès.
- Les frais engagés pour obtenir les preuves requises se rapportant à une demande de règlement sont à la charge du représentant qui présente cette demande.
- Veuillez conserver dans vos dossiers une copie de tous les documents qui figurent dans le dossier de demande de règlement.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.

Demande de règlement au titre de l'assurance-vie pour marge de crédit ou prêt personnel

Assurance-crédit – Contrats n^{os} 51007 et/ou 21559

Déclaration du créancier BMO

Instructions – la présente déclaration doit être remplie par le créancier BMO

- Veuillez joindre les documents suivants :
 - Copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance se rapportant à la présente demande de règlement.
 - Dans le cas des marges de crédit, veuillez aussi joindre une capture d'écran des soldes moyens des 12 derniers mois précédant la date du décès. Veuillez vous reporter à l'écran «*Interrogations – Solde annuel à ce jour*» et en fournir une capture d'écran.
Important : Veuillez indiquer la date à laquelle la capture d'écran a été prise.
- Demandez au liquidateur de la succession (ou à l'exécuteur testamentaire) de remplir toutes les déclarations se rapportant à leur demande de règlement et de vous les retourner dans une enveloppe scellée.
- Envoyez l'ensemble du dossier de règlement, y compris la Déclaration du créancier et les pièces jointes pertinentes indiquées ci-dessus à la Sun Life.

Nota – Si la situation relative à la couverture indiquée à l'écran «*Coup d'oeil sur l'assurance-crédit*» affiche «*Non déterminé*» ou «*Refusé*», veuillez informer le client qu'il n'y a aucune assurance vie en vigueur et ne lui remettez pas de dossier de règlement.

1 Renseignements sur l'assuré			
Prénom	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)	Numéro de téléphone	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou unité
Ville		Province	Code postal

2 Marge de crédit renouvelable – Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.	
Numéro de la marge de crédit 91052	Solde impayé à la date du décès \$
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Données du prêt</i> » pour remplir cette section.	
Limite autorisée \$	Date d'ouverture (jj-mm-aaaa)
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Interrogations – Coup d'oeil sur l'assurance crédit</i> » pour remplir cette section.	
Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Montant couvert maximal \$
Situation relative à l'assurance-vie actuelle <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Cessation <input type="checkbox"/> Annulée <input type="checkbox"/> Soumission	

Marge de crédit renouvelable pour petites entreprises

Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.

Numéro de la marge de crédit 91052	Solde impayé à la date du décès \$
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Données du prêt</i> » pour remplir cette section.	
Limite autorisée \$	Date d'ouverture (jj-mm-aaaa)

3 Marge de crédit à tempérament – Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.

Numéro de la marge de crédit 91052		Solde impayé à la date du décès \$	
Veuillez vous reporter à l'«Explorateur de service – Options – Renouvellements et taux d'intérêt».			
Montant initial du prêt \$		Date initiale du prêt (jj-mm-aaaa) – –	
Si l'assurance a été souscrite après le 1er février 2015 (programmes d'assurance BMO) Veuillez vous reporter à l'écran «Interrogations – Coup d'œil sur l'assurance crédit» pour remplir cette section.			
Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) – –	Options de couverture – pourcentage <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 100 %	% du solde couvert %	Montant couvert maximal \$
Situation relative à l'assurance-vie actuelle <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Cessation <input type="checkbox"/> Annulée <input type="checkbox"/> Soumission			

4 Prêts – Prêts à tempérament pour petites entreprises, prêts à tempérament semi-renouvelables, MargExpress REER et prêts MEC

Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.

Numéro du prêt		Solde impayé à la date du décès \$	
Veuillez vous reporter à l'écran «Données du prêt» pour remplir cette section.			
Date d'ouverture (jj-mm-aaaa) – –	Montant initial/limite initiale \$	Date d'amortissement (jj-mm-aaaa) – –	

5 Attestation

Je certifie par la présente que les renseignements ci-dessus sont véridiques et que, à la date du décès, la personne décédée était assurée en vertu du contrat no 21559 et/ou du contrat no 51007 établis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie pour la somme indiquée.

Prénom		Nom de famille	
Titre		Numéro de succursale	Numéro de téléphone – –
Signature du créancier BMO X			Date (jj-mm-aaaa) – –

Demande de règlement au titre de l'assurance- vie pour marge de crédit ou prêt personnel

Assurance-crédit – Contrats n^{os} 51007 et/ou 21559



Déclaration du représentant autorisé

Prénom de la personne décédée	Nom de famille
Date à laquelle la personne décédée s'est plainte pour la première fois de sa dernière maladie ou en a fait part à quelqu'un (jj-mm-aaaa) _ _	Date à laquelle la personne décédée a consulté un médecin pour la première fois relativement à sa dernière maladie (jj-mm-aaaa) _ _
Cause directe du décès	

Si le décès est attribuable à un accident, veuillez fournir des précisions :

--

Veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin de famille de la personne décédée :

Prénom du médecin de famille	Nom de famille		
Adresse (numéro et rue)		Unité ou bureau	
Ville	Province	Code postal	

Veuillez fournir les noms et adresses de tous les médecins que la personne décédée a consultés et de tous les hôpitaux où elle a reçu des traitements au cours des 5 années qui ont précédé son décès.

Prénom	Nom de famille	Adresse
Maladie ou affection		Dates de traitement

Prénom	Nom de famille	Adresse
Maladie ou affection		Dates de traitement

Hôpital	Adresse
Maladie ou affection	Dates de traitement

Déclaration du représentant autorisé (suite)

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, le ou les gestionnaires du régime ainsi que leurs mandataires et leurs fournisseurs de services à recueillir des renseignements au sujet de _____ (l'assuré), à les utiliser aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent contrat d'assurance, et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents en ce qui a trait à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les agences gouvernementales, les régies provinciales de l'assurance-maladie, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. Je reconnais que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide jusqu'à ce que l'évaluation de la demande de règlement prenne fin.

Nom du représentant autorisé de la personne décédée		Lien avec la personne décédée (ex. : proche parent, liquidateur de la succession (ou exécuteur testamentaire), etc.)	
Adresse (numéro et rue)		Unité ou bureau	
Ville	Province	Code postal	
Signature du représentant autorisé X	Numéro de téléphone — —	Date (jj-mm-aaaa) — —	

Protection des renseignements personnels

Nous avons à coeur la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous pouvons, pour nous aider à servir certains de nos clients, tirer parti des forces dont nous disposons dans nos opérations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires et réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (responsableprotectionvieprivée@sunlife.com) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

Demande de règlement au titre de l'assurance-vie pour marge de crédit ou prêt personnel

Assurance-crédit – Contrats n^{os} 51007 et/ou 21559

Déclaration du médecin traitant

La présente section doit être remplie dans tous les cas où le décès survient moins de 2 ans après la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Prénom de la personne décédée	Nom de famille
Date du décès (jj-mm-aaaa) - -	Lieu du décès
Date du début de la maladie (jj-mm-aaaa) - -	Date à laquelle vous avez traité pour la première fois la personne décédée pour cette affection (jj-mm-aaaa) - -
Cause directe du décès	Date de l'établissement du diagnostic (jj-mm-aaaa) - -
Cause secondaire du décès	Date de l'établissement du diagnostic (jj-mm-aaaa) - -

Le décès est-il attribuable à des causes naturelles? un suicide? un accident? un homicide? Veuillez donner des précisions.

Avez-vous traité ou donné conseil à la personne décédée au cours des 5 dernières années? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Maladie ou affection	Dates
Maladie ou affection	Dates
Maladie ou affection	Dates

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été soignée par un autre médecin ou praticien de la santé, ou a-t-elle été traitée dans un hôpital ou un établissement médical, au cours des 5 dernières années? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants : (Utiliser des feuilles supplémentaires au besoin).

Prénom	Nom de famille	Adresse
Maladie ou affection	Dates de traitement	
Prénom	Nom de famille	Adresse
Maladie ou affection	Dates de traitement	
Hôpital	Adresse	
Maladie ou affection	Dates de traitement	

Déclaration du médecin traitant (suite)

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts.

Nom du médecin		
Spécialité	Numéro de téléphone — —	Numéro de télécopieur — —
Adresse (numéro et rue)		Unité ou bureau
Ville	Province	Code postal
Signature du médecin X		Date (jj-mm-aaaa) — —