

ASSURANCE-CRÉDIT AUX ENTREPRISES

DEMANDES DE RÉGLEMENT

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES REPRÉSENTANTS DE BMO BANQUE DE MONTRÉAL

Décès, mutilation accidentelle, sinistre particulier et invalidité :

- Annexez toutes les copies des propositions d'assurance du client.
- Remplissez la page 2.

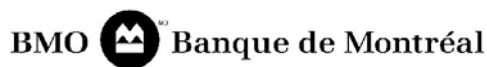
En plus de ce qui précède :

- En cas de sinistre **décès**, annexe une copie dûment remplie du certificat du médecin traitant (page 6), une copie dûment remplie de l'Autorisation de divulguer des renseignements médicaux (page 7) et soit l'original ou une copie notariée du certificat de décès ou de la déclaration de décès délivrée par le salon funéraire.
- En cas de sinistres **mutilation accidentelle, sinistre particulier ou invalidité**, annexe la formule comprenant la déclaration de sinistre complémentaire et la déclaration du médecin traitant (pages 3, 4 et 5).

Autres renseignements importants

Sinistre	Délai maximal de présentation de la demande de règlement
Décès (y compris le décès accidentel)	Douze mois après la date du décès.
Invalidité	Trente jours après : <ul style="list-style-type: none">• la fin de la période d'attente
Mutilation accidentelle, Sinistre particulier	Six mois après : <ul style="list-style-type: none">• la date de la perte, ou la date de mutilation

DÉMANDE DE RÈGLEMENT
ASSURANCE VIE, MUTILATION ACCIDENTELLE, SINISTRE PARTICULIER ET INVALIDITÉ



ASSURANCE-CRÉDIT AUX ENTREPRISES

Inscrivez le nom de la succursale et l'adresse complète ci-dessous.

(Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.)

Nom de l'assuré : _____

Adresse : _____

1. Date du sinistre : _____
2. Date du dernier certificat d'assurance : _____
3. Solde impayé de la partie assurée du (des) prêt(s) à la date du sinistre (1. ci-dessus) : _____ \$
: _____ \$
4. Intérêt couru (pendant une période maximale de 60 jours) sur le solde impayé de la partie assurée du prêt à la date du décès : _____ \$; taux d'intérêt par jour : _____ \$
5. Date du dernier versement de prime : _____
(jour/mois/année)

La présente formule a été envoyée au nom de BMO Banque de Montréal par :

Nom : _____ Date : _____
(jour/mois/année)

Titre de poste : _____ Téléphone : (_____) _____

Signature : _____

ENVOYEZ TOUS LES DOCUMENTS À L'UNE DES ADRESSES SUIVANTES, SELON LE CAS :

Sinistres décès, mutilation accidentelle et Sinistre particulier :

La Great-West, compagnie d'assurance-vie/
La Compagnie d'assurance du Canada sur la Vie
Service des règlements, Assurance-créances, S-3
330, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1R8

Sinistres invalidité :

La Great-West, compagnie d'assurance-vie/
La Compagnie d'assurance du Canada sur la Vie
Service des règlements, Assurance-créances
2001, rue University
Montréal (Québec) H3A 1T9

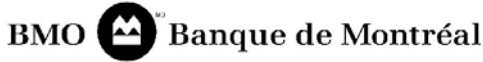
INDIQUER LE TYPE DE PRÊT (Cocher la case pertinente.)

- Prêt aux entreprises
 TYPE A (Prêt hypothécaire aux entreprises, prêt à terme)
 TYPE B (Prêt à l'exploitation/Marge de crédit)
- Prêt aux agriculteurs
 TYPE A (Prêt hypothécaire aux entreprises, prêt à terme)
 TYPE B (Prêt à l'exploitation/Marge de crédit)

GENRE DE SINISTRE

- Décès
 Mutilation accidentelle
 Invalidité
 Sinistre particulier

DÉCLARATION DE SINISTRE



ASSURANCE-CRÉDIT AUX ENTREPRISES

PARTIE 1 - DÉCLARATION DE L'EMPRUNTEUR

(Remplissez la partie Un et faites remplir la partie Deux par votre médecin).

Nom de l'assuré : _____

Adresse : _____

Date du début de la maladie : _____

Date de l'arrêt de travail pour cause d'invalidité : _____

Si la mutilation ou l'invalidité résulte d'une blessure accidentelle, donnez les précisions suivantes :

Quand l'accident s'est-il produit ? _____

Où l'accident s'est-il produit ? _____

Comment l'accident s'est-il produit ? _____

S'il s'agit d'un sinistre particulier, veuillez décrire en détail en quoi il consiste :

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

J'autorise, par les présentes, tout médecin, tout chirurgien ou toute autre personne qui m'a examiné et tout hôpital ou tout autre établissement où j'ai présenté une demande de soins ou reçu des soins, à communiquer à la Great-West/La Canada-vie ou à son représentant dûment autorisé tout renseignement pertinent.

Je déclare avoir lu, compris et accepté les dispositions de la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » dans la présente formule.

J'autorise :

- La Great-West/La Canada-Vie, compagnie d'assurance-vie, tout fournisseur de soins de santé, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, tout autre organisme ou fournisseur de services travaillant avec La Great-West/La Canada-Vie, compagnie d'assurance-vie, à échanger des renseignements personnels qui sont pertinents et nécessaires à l'évaluation de ma demande, à l'administration du régime ou à la réalisation d'évaluations indépendantes;
- La Great-West/La Canada-Vie, compagnie d'assurance-vie à divulguer à n'importe quel moment des renseignements au sujet de ma demande à un vérificateur autorisé par BMO Banque de Montréal et La Great-West/La Canada-Vie, compagnie d'assurance-vie aux fins de la vérification de l'évaluation des demandes.

Sauf à des fins de vérification, cette autorisation sera valable pendant la durée de ma demande de règlement ou jusqu'à ce que je l'annule.

Je reconnais qu'une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

J'atteste que les déclarations faites dans les présentes sont complètes et exactes. Je reconnais que l'approbation de toute demande de règlement présentée est fondée sur ces déclarations.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date (jour/mois/année)

Numéro de téléphone

Protection de vos renseignements personnels

À La Compagnie d'Assurance du Great-West (La Great-West)/Canada sur la Vie (la Canada-Vie), nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels. Ce dossier est conservé dans les bureaux de la Great-West/Canada-Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous pouvez exercer certains droits d'accès et de rectification relativement aux renseignements personnels contenus dans votre dossier en soumettant une demande écrite à la Great-West/Canada-Vie. La Great-West/Canada-Vie fait affaire avec des fournisseurs de service situés au Canada ou à l'extérieur du pays. L'accès aux renseignements personnels figurant au dossier est limité aux membres du personnel de la Great-West/Canada-Vie ou aux personnes autorisées par celle-ci qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées par la loi. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour administrer le régime, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue des dossiers visant notre relation d'affaires. La Great-West/Canada-Vie ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements qu'ils possèdent à toute autre compagnie d'assurance qui a reçu une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie de votre part ou à qui vous présentez une demande de règlement. Cependant, la Great-West/Canada-Vie ne révélera pas à une autre compagnie la décision prise quant à votre proposition d'assurance actuelle. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West/Canada-Vie ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com ou www.canadavie.com.

PARTIE II — DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - MUTILATION ACCIDENTELLE, SINISTRE PARTICULIER OU INVALIDITÉ
(L'emprunteur doit voir à ce que la présente formule soit remplie sans frais pour la Great West.)

1. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

(a) Quand les premiers symptômes sont-ils apparus, ou quand l'accident s'est-il produit? _____ (jour/mois/année)

(b) À quelle date l'assuré a-t-il cessé de travailler pour cause d'invalidité ? _____ (jour/mois/année)

(c) L'assuré a-t-il déjà été traité pour la même affection ou une affection similaire ? Oui Non Dans l'affirmative, indiquez la date : _____ (jour/mois/année)

(d) Comment l'accident s'est-il produit?

Précisez : _____

2. DIAGNOSTIC

Veillez fournir un diagnostic détaillé. Primaire :

Secondaire :

3. ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

(a) Symptômes subjectifs :

(b) Symptômes objectifs :

(c) L'assuré : se déplace-t-il ? est-il alité ? confiné à la maison ? hospitalisé ?

hospitalisé du _____ (jour/mois/année) au _____ (jour/mois/année)

4. TRAITEMENT

(a) Date de la première consultation : _____ Date de la dernière consultation : _____
(jour/mois/année) (jour/mois/année)

(b) Fréquence des consultations : mensuelle hebdomadaire autre _____

Date du dernier examen médical : _____ (jour/mois/année)

(c) Médicaments prescrits : _____

5. Veillez décrire toutes complications, interventions chirurgicales ou autres affections qui contribuent au prolongement de l'invalidité.

6. PROGRÈS Guérison complète Amélioration État stationnaire Aggravation

PRONOSTIC : Quand le patient sera-t-il en mesure de retourner au travail? _____ (jour/mois/année)

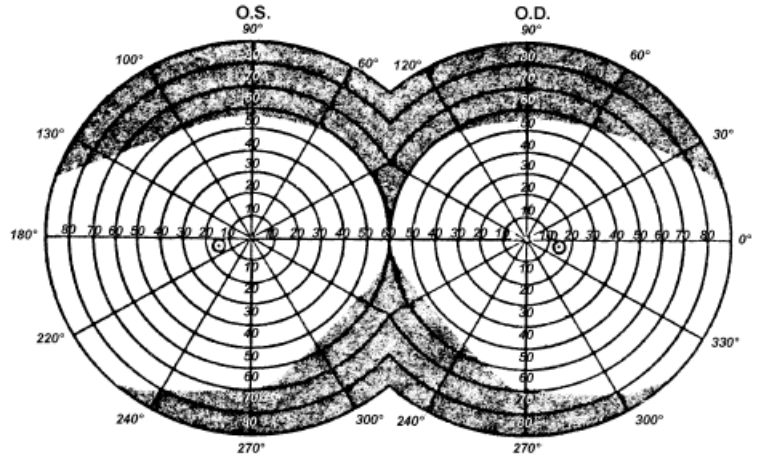
7. Annexe une copie des résultats de radiographie, d'ECG ou des autres examens.

8. Veillez indiquer (en entourant la lettre correspondante) si la mutilation, le sinistre particulier ou l'invalidité est due à :
 a) une blessure volontaire ou auto-infligée b) la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel
 c) un traitement médical ou chirurgical d) sans objet

9. L'assuré a-t-il été adressé à un autre médecin ou à un spécialiste ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez inscrire ci-dessous le nom et l'adresse postale au complet.

10. TROUBLES DE LA VUE (ÉCHELLE DE SNELLEN)

(a) Vision du patient au dernier examen | Avec verres correctifs — O.D. _____ | O.S. _____ (jour/mois/année)
 Sans verres correctifs — O.D. _____ | O.S. _____ (jour/mois/année)



(b) En cas de rétrécissement des champs visuels, indiquez-en le degré sur le schéma.

(c) Date à laquelle la vision **corrigée** de l'œil le plus sain a été irrévocablement réduite à 20/200 ou moins O.D. _____ O.S. _____ (jour/mois/année)

(d) La vision peut être entièrement ou partiellement corrigée par : O.D. verres correctifs traitement opération ne peut être corrigée
 O.S. verres correctifs traitement opération ne peut être corrigée

11. À NOTER : En cas de mutilation, veuillez indiquer sur le schéma ci-dessous où l'amputation se situe. Précisez s'il s'agit du membre droit ou gauche, ou des deux membres.



(Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie)

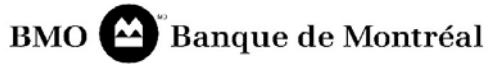
DATE (jour/mois/année) _____

NOM COMPLET DU MÉDECIN _____

SIGNATURE _____

ADRESSE POSTALE COMPLÈTE _____

**CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT
DEMANDE D'INDEMNITÉ DE DÉCÈS**



ASSURANCE-CRÉDIT AUX ENTREPRISES

(Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.)

Je certifie par la présente que _____
(nom de l'assuré)

du _____
(adresse de l'assuré)

est décédé le _____ (jour/mois/année)

par suite (cause principale) _____

(cause secondaire) _____

En cas de suicide, précisez et décrivez brièvement _____

En cas de décès par suite de maladie, précisez la date du début de la maladie _____
(jour/mois/année)

Fait à _____, le _____ (jour/mois/année)
(ville et province)

NOM COMPLET M.D.

SIGNATURE

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie)

Je soussigné / Nous soussignés, _____, autorise / autorisons et invite / invitons par les présentes tout médecin, tout praticien, tout médecin examinateur, tout coroner, tout hôpital, toute clinique ou tout établissement paramédical, de même que le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, toute autre institution ou toute autre personne, y compris ceux qui figurent à la section A ci-dessous, à transmettre à La Great-West, compagnie d'assurance-vie / La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie toute information sur les antécédents médicaux et la maladie ou l'affection ayant entraîné de façon directe ou indirecte le décès de

(Nom de l'assuré)

NUMÉRO DU DÉFUNT AU TITRE DU RÉGIME PROVINCIAL D'ASSURANCE MALADIE

Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'original.

DATE (jour / mois / année)

SIGNATURE ET NOM COMPLET EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

INDIQUEZ : REPRÉSENTANT DE LA SUCCESSION OU PLUS PROCHE PARENT

DATE (jour / mois / année)

SIGNATURE ET NOM COMPLET EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

INDIQUEZ : REPRÉSENTANT DE LA SUCCESSION OU PLUS PROCHE PARENT

SECTION A*

(Professionnel / établissement / personne ayant des dossiers médicaux ou des renseignements d'ordre médical)

NOM COMPLET

ADRESSE POSTALE COMPLÈTE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

1. _____

Téléphone _____

2. _____

Téléphone _____

3. _____

Téléphone _____

4. _____

Téléphone _____

* Joignez une feuille supplémentaire si vous manquez d'espace.