

Maladie grave hypothécaire - Assurance-crédit Déclaration de la banque



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - qui exerce ses activités sous le nom de marque Securian Canada
Département des Réclamations
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca



Police 57904

À l'attention du banquier - Ce formulaire doit être rempli par le représentant de la succursale

Marche à suivre :

Si l'invalidité/Protection des paiements sur l'hypothèque - Aperçu du prêt est « Aucun/Non » et que l'état de la couverture pour l'assurance-invalidité sur l'assurance-crédit est soit « Renoncé », « Devis » ou « Inéligible », Conseillez le client qu'il n'y a pas de couverture d'invalidité en vigueur et ne pas fournir de dossier de réclamation.

Joignez une copie de toutes les applications d'assurance relatives à cette réclamation.

Si l'adhésion à l'assurance provient du centre de contact client, il n'y aura pas de copie de la demande originale signée. Pour déterminer si une inscription s'est produite via le Centre de contact client, vous pouvez consulter Optimizer pour les demandes de service fermées. Veuillez indiquer dans la zone de texte ci-dessous si tel est le cas et inclure le numéro de demande de service provenant de service d'Optimizer.

Si aucune copie de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance originale n'est/sont jointe, veuillez expliquer pourquoi :

Joignez des écrans d'impression de la demande : Aperçu du prêt sur l'assurance-crédit (uniquement que si l'état de la couverture des maladies graves du client assuré est « Actif »).

Appuyez sur "Touch Windows + shift + s". Votre écran apparaîtra grisé et le curseur de votre souris changera. Cliquez et faites glisser sur votre écran pour sélectionner les écrans de demande demandée. Une capture d'écran de la zone d'écran que vous avez sélectionnée sera copiée dans votre presse-papiers. Ouvrez un nouveau document Word et collez. Si les formulaires de réclamation remplis sont envoyés par courrier électronique, **enregistrez-les** afin que la pièce jointe puisse être **jointe**. Si les formulaires de réclamation dûment remplis sont envoyés par télécopieur, veuillez les **imprimer**.

Comment envoyer ce formulaire, imprimer les écrans et les applications originales :

- Veuillez fournir ce formulaire dûment rempli, **les copies d'écran** requises et les copies de **toutes les demandes originales** à votre client avec le dossier de réclamation.
- Si votre client le demande, vous pouvez envoyer ce formulaire, **imprimer les écrans et les demandes originales directement** à la Première du Canada par courriel à creditor.claims@canadianpremier.ca ou par télécopier les documents au 1-866-748-8486. Si vous télécopiez ou envoyez le formulaire par courriel, vous pouvez conserver la copie originale pour vos dossiers.

Renseignements sur le client

Nom de famille et prénoms

Renseignements sur le prêt hypothécaire

Joignez une copie d'écran de la section Interrogation : Aperçu du prêt

Numéro du prêt hypothécaire

Date d'effet de l'assurance (jj-mm-aaaa) (uniquement si l'état de la couverture d'assurance contre les maladies graves du Client est « actif » sous Coup d'œil sur l'assurance-crédit - Interrogation)

Numéro de compte pour les prélèvements hypothécaires

Numéro d'institution :

Numéro de succursale :

Numéro de compte :

****Voir verso de la page****

Renseignements sur la banque (représentant de la succursale)

Nom de famille et prenom	Numéro de la succursale bancaire	Date (jj-mm-aaaa)
Adresse de la succursale bancaire (numéro et rue)		Numéro de téléphone

- Une copie de toutes les **demandes d'adhésion à l'assurance** est jointe
- Toutes **les copies d'écran** requises sont jointes
- L'état de la couverture d'assurance contre les maladies graves du Client est « Actif » sous Coup d'œil sur l'assurance-crédit**

Veillez vous assurer que la demande et tous les écrans d'impression sont inclus dans la soumission de la demande. Notez que si ces informations sont incomplètes ou manquantes, **Premier du Canada ne sera pas en mesure de traiter la demande et des délais supplémentaires se produiront.**

Je suis un représentant autorisé de la Banque de Montréal et je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont vraies et exactes.

Je certifie également que les documents ci-dessus sont joints (le cas échéant).

Signature du représentant X	Titre	Date (jj-mm-aaaa)
---------------------------------------	-------	-------------------

Maladie grave hypothécaire - Assurance-crédit

Déclaration du demandeur



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - qui exerce ses activités sous le nom de marque Securian Canada
Département des Réclamations
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca



Police 57904

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 180 jours suivant la date du diagnostic.

Trois formulaires sont requis pour commencer le processus de règlement :

- La Déclaration du demandeur. C'est vous qui devez remplir ce formulaire. Assurez-vous de le signer et de le dater.
- La Déclaration du médecin traitant. Remettez ce formulaire à votre médecin pour qu'il le remplisse.
- La Déclaration de la banque.

Le représentant de votre succursale BMO doit :

- Remplir la Déclaration de la banque;
- Fournir **des copies d'écran** décrivant votre couverture d'assurance-crédit; et
- Fournir une copie de votre ou de vos **demandes d'adhésion à l'assurance**

La Première du Canada est l'assureur et s'engage à garder vos informations confidentielles.

Renseignements sur le demandeur

Nom de famille et prénoms	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
---------------------------	--------------------------------

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)

Numéro de téléphone	Autre numéro de téléphone
---------------------	---------------------------

Numéro du transit du succursale	Numéro d'hypothèque	Versement hypothécaire en cours \$
---------------------------------	---------------------	---------------------------------------

Fréquence de paiement
 Mensuel Hebdomadaire Deux fois par mois Tout les deux semaines

Veuillez joindre une copie de votre demande d'assurance. Celui-ci vous a été fourni par l'agence bancaire lors de votre souscription à l'assurance.

Adresse électronique	Je préfère communiquer avec la compagnie la Première du Canada par adresse électronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------------------	---

Autres contrats d'assurances avec la Première du Canada

Je n'ai pas d'autres polices d'assurance avec Canadian Premier (passez à la section suivante)

Numéro de contrat	Numéro de participant	Nom de l'entreprise
-------------------	-----------------------	---------------------

Personne de ressource	Courriel de la personne de ressource	Téléphone de la personne de ressource
-----------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Renseignements sur la maladie grave

Veuillez décrire la nature et la gravité de la maladie grave

Quand avez-vous reçu le diagnostic de cette maladie ou subi une intervention chirurgicale? (jj-mm-aaaa)	Quand les premiers symptômes sont-ils apparus? (jj-mm-aaaa)
---	---

Veuillez décrire les symptômes

Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois au sujet de cette maladie? (jj-mm-aaaa)

Nom et prénoms du médecin

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)

Avez-vous déjà souffert d'une affection similaire ou connexe ou reçu un traitement à ce sujet?

Oui Non Si oui, veuillez indiquer les dates et donner des précisions.

Avez-vous subi des tests ou des examens liés au diagnostic?

Oui Non Si oui, veuillez indiquer les dates et donner des précisions.

Consultations médicales

Veillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant.

Nom de famille et prénoms du médecin	Spécialité
--------------------------------------	------------

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)

Depuis combien de temps ce médecin est-il impliqué dans vos soins?

Veillez fournir des détails sur les médecins ou les spécialistes qui ont été consultés en lien avec votre maladie.

Nom de famille et prénoms du médecin/spécialiste	Spécialité
--	------------

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)	Date de consultation (jj-mm-aaaa)
---	-----------------------------------

Nom de famille et prénoms du médecin/spécialiste	Spécialité
--	------------

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)	Date de consultation (jj-mm-aaaa)
---	-----------------------------------

Si vous avez été traité dans un hôpital ou un établissement analogue, veuillez donner des précisions.

Nom de l'hôpital	Ville
------------------	-------

Date d'admission (jj-mm-aaaa)	Date de sortie (jj-mm-aaaa)
-------------------------------	-----------------------------

Veillez indiquer le nom et l'adresse de tout autre médecin vous ayant traité au cours des trois dernières années.

Nom de famille et prénoms du médecin	Spécialité
--------------------------------------	------------

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone	Numéro du télécopieur
---	---------------------	-----------------------

Nom de famille et prénoms du médecin	Spécialité
--------------------------------------	------------

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone	Numéro du télécopieur
---	---------------------	-----------------------

Quels traitements recevez-vous actuellement ou avez-vous reçus pour votre maladie (Ex. médicaments, thérapies, etc.)?

Type de traitement	Date (jj-mm-aaaa)
--------------------	-------------------

Établissement médical/médecin traitant

Type de traitement	Date (jj-mm-aaaa)
--------------------	-------------------

Établissement médical/médecin traitant

Renseignements généraux

Des membres de votre famille immédiate (mère, père, frères ou sœurs) ont-ils déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes avant l'âge de 60 ans : cancer, tumeur, maladie du cœur, diabète ou maladie des reins?

Oui Non Si oui, veuillez préciser.

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie
Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie
Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie

Bénéficiez-vous d'une couverture individuelle contre les maladies graves auprès de la Première du Canada ou d'une autre compagnie?

Oui Non Si oui, veuillez préciser.

Nom de l'assureur	Numéro de contrat
-------------------	-------------------

Montant de la couverture \$	Une demande de règlement a-t-elle déjà été présentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------------------	--

À l'heure actuelle, recevez-vous des prestations d'invalidité de courte ou de longue durée de la Première du Canada ou avez-vous présenté une demande à cet effet?

Oui Non Si oui, veuillez préciser.

Numéro de contrat	Numéro de certificat	Nom et prénoms du gestionnaire de dossiers
-------------------	----------------------	--

Fumez-vous ou faites-vous usage de produits du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand faites-vous usage de produits du tabac?	Consommation quotidienne
---	--------------------------

Si non, avez-vous fait usage de produits du tabac dans le passé?

Oui Non Si oui, Quand avez-vous cessé de faire usage de produits du tabac? (jj-mm-aaaa)

Veuillez fournir tout autre renseignement que vous croyez utile à l'étude de votre demande de règlement

Autorisation de communiquer

Vous pouvez autoriser une autre personne à communiquer avec la Première du Canada en votre nom au sujet de la présente demande de règlement. Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom de famille et prénoms	Lien avec le demandeur
Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone (domicile)

Votre autorisation

Veuillez remplir et signer :

- **La Déclaration du demandeur (le présent formulaire)**

Je confirme que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Toute référence à la Première du Canada ou à la Banque de Montréal inclut leurs propres mandataires et fournisseurs de services.

J'autorise à la Première du Canada, la Banque de Montréal et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à échanger :

- Les renseignements nécessaires pour traiter ma demande de règlement maladie grave pour le prêt hypothécaire assuré;
- Les renseignements nécessaires pour la tarification, la gestion administrative et l'évaluation des demandes de règlement avec les organisations concernées. Cela comprend les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et, au besoin, la Banque de Montréal.

J'autorise à la Première du Canada et la Banque de Montréal à recueillir, à utiliser et à communiquer :

- L'information financière de ma demande de règlement pour administrer la réclamation.
- Les renseignements pertinents des demandes de règlement - y compris les détails sur mon diagnostic et mon traitement lorsque ceux-ci font affaire avec les réassureurs seulement.

Conditions du consentement

- Mon consentement est valide pour la durée de la demande de règlement.
- Si la Banque de Montréal est soumise à un audit, ma demande de règlement peut être incluse dans l'audit.
- Mon consentement est valide pour la durée du régime.

****Voir verso de la page****

Paiement en trop

Si la Première du Canada me verse de l'argent en trop, je les autorise à :

- Récupérer l'argent de tout montant qui m'est dû en vertu de mes prestations de créancier.

Prévention de fraude et abus

Si la Première du Canada suspecte un cas de fraude ou d'abus, elle peut enquêter sur ma demande de règlement. Pour détecter et prévenir la fraude et l'abus et faire des enquêtes, la Première du Canada peut recueillir, utiliser et échanger des renseignements sur ma demande de règlement avec les organisations concernées. Ces organisations incluent la Banque de Montréal, les organismes de réglementation, les agences gouvernementales et les autres assureurs.

Une photocopie ou la version électronique du présent formulaire est aussi valide que l'original.

Nom de famille et prénoms du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur

X

Date (jj-mm-aaaa)

Comment soumettre vos formulaires dûment remplis

Vous avez plusieurs façons de nous soumettre vos formulaires de réclamation dûment remplis, ainsi que toute autre information à l'appui de votre réclamation. Pour toutes les options, à l'exception du courrier, vous pouvez conserver les copies originales pour vos dossiers.



Vous pouvez envoyer vos formulaires de réclamation d'invalidité directement à la Première du Canada par courriel creditor.claims@canadianpremier.ca. Veuillez noter que même si Première du Canada utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité du contenu des courriels qu'elle envoie et reçoit, la confidentialité ou la sécurité des communications par courriel ne peuvent être garanties.



Vous pouvez faxer vos formulaires de réclamation remplis au numéro qui apparaît ci-dessous. Si vous n'êtes pas en mesure de faxer ces informations, vous pouvez les poster à l'adresse appropriée.

Télécopieur : 1-866-748-8486

Canadian Premier Life Insurance Company
25 Sheppard Ave. West, Suite 1400
Toronto, ON M2N 6S6



Pour toute question concernant votre réclamation, veuillez appeler la Première du Canada.

Téléphone : 1-877-271-8713

Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC/MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : <http://www.canadianpremier.ca/fr/vie-privee/>.

En fournissant ce formulaire ou toute autre forme, la Compagnie n'admet pas qu'une couverture est en vigueur et ne renonce à aucun de ses droits ou moyen de défense.

**Maladie grave hypothécaire - Assurance-crédit
Déclaration du Médecin Traitant Déclaration - Déclaration
de l' Accident Vasculaire Cérébral (AVC)**



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - qui exerce ses activités sous le nom de marque Securian Canada
Département des Réclamations
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca



Police 57904

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 180 jours suivant la date du diagnostic.

- Veuillez ne pas inclure les résultats de test génétique subi par votre patient.
- Retournez le présent formulaire dûment rempli à votre patient.
- Tous honoraires exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.
- L'objet de la déclaration est de nous aider à prendre une décision concernant la maladie grave de la personne assurée. À cette fin, veuillez nous donner de précisions suffisantes sur l'historique de la maladie, vos observations, votre diagnostic, l'évolution clinique, le traitement prescrit et les résultats obtenus.

Renseignements sur le patient

Nom de famille et prénoms	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone

Déclaration du médecin

Votre patient vous saurait gré de remplir le présent formulaire dès que possible pour éviter tout retard dans le traitement de cette demande de règlement.

Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection (jj-mm-aaaa)	Depuis quand l'assuré est-il votre patient?
Un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) a-t-il été posé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand l'AVC s'est-il produit? (jj-mm-aaaa)

Veuillez indiquer la cause de l'AVC

Veuillez décrire les déficits neurologiques résiduels

Pendant combien de temps les déficits neurologiques ont-ils persisté?	Par qui le diagnostic a-t-il été fait?
Quand le patient a-t-il été informé du diagnostic? (jj-mm-aaaa)	Conseillé par qui?

Veuillez fournir une copie de la tomodensitométrie ou de l'IRM, si elle est disponible.

Veuillez indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou des hôpitaux où le patient a été traité pour l'accident vasculaire cérébral

Quels autres examens ont été effectués? Veuillez indiquer les dates et fournir des précisions ou les rapports

****Voir verso de la page****

Quand le patient a-t-il présenté les premiers symptômes ou souffert pour la première fois de troubles cérébrovasculaires (jj-mm-aaaa)?

Veillez fournir des précisions

Veillez décrire (en indiquant notamment les dates pertinentes) les affections prédisposantes ou les facteurs de risque associés aux troubles cérébrovasculaires que présentait le patient, le cas échéant

Y a-t-il des cas de troubles cardiovasculaires ou cérébrovasculaires dans la famille du patient?

Oui Non Si oui, veuillez fournir des précisions :

Veillez donner des précisions concernant l'usage par le patient de produits du tabac, notamment la consommation quotidienne et la date à laquelle il a cessé de faire usage de produits du tabac

Veillez nous faire part de tout autre renseignement qui pourrait nous être utile pour l'évaluation de la demande de règlement de votre patient

Signature du médecin traitant

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

Nom de famille et prénoms (en caractères d'imprimerie)

Diplôme

Adresse (numéro de rue)

Numéro de téléphone

Ville, province, code postal

Numéro de télécopieur

Signature du médecin

Date (jj-mm-aaaa)

X