

# Invalidité hypothécaire - Assurance-crédit

## Déclaration du Demandeur



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada,  
Exerçant 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@securiancanada.ca



### Comment soumettre vos formulaires



Vous pouvez commencer votre réclamation et envoyer vos formulaires de réclamation à l'aide de notre portail numérique des réclamations d'assurance crédit en nous visitant simplement à [dcp.securiancanada.ca/fr](http://dcp.securiancanada.ca/fr).



Remarque : Tous les formulaires sont disponibles sur le portail. Vous pouvez les imprimer ou les envoyer par courriel pour les faire remplir par la partie appropriée. Une fois remplis, vous pouvez télécharger les formulaires sur le portail et les soumettre ou utiliser l'une des autres méthodes de soumission ci-dessous.



Vous pouvez envoyer vos formulaires de réclamation d'invalidité directement à Securian Canada par courriel [creditor.claims@securiancanada.ca](mailto:creditor.claims@securiancanada.ca). Veuillez noter que même si Securian 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

Securian Canada  
25 Sheppard Ave. West, Suite 1400  
Toronto, ON M2N 6S6



Pour toute question concernant votre réclamation, veuillez appeler Securian Canada.

Téléphone : 1-877-271-8713

### Police 51007

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.

Trois (3) 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 l'employeur. Demandez à votre employeur de remplir ce formulaire

Pour la déclaration du médecin traitant et la déclaration de l'employeur, vous pouvez imprimer ou envoyer les formulaires par courriel à votre médecin et à votre employeur.

Une fois que vous avez reçu les formulaires remplis du médecin et de l'employeur, veuillez les télécharger sur le portail OU les télécopier au 1-866-748-8486 OU les envoyer par courriel à [creditor.claims@securiancanada.ca](mailto:creditor.claims@securiancanada.ca).

Securian 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 de l'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 courriel

Je préfère communiquer avec Securian Canada par adresse courriel  Oui  Non

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

Securian Canada est le nom de marque utilisé par La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et La Compagnie d'assurance-générale Première du Canada pour faire des affaires au Canada. Les polices sont souscrites par Canadian Premier Life Insurance Company.

**Autres contrats d'assurances avec Securian Canada**

Je n'ai pas d'autres polices d'assurance avec Securian Canada (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

Veuillez joindre une copie de votre demande d'adhésion à l'assurance. Ce document vous a été fourni par votre succursale bancaire lorsque vous avez présenté votre demande d'assurance.

Si vous souhaitez que Securian Canada vous envoie des courriels sécurisés, veuillez nous fournir votre adresse courriel ci-dessous

**À propos de votre maladie ou de votre blessure**

Veuillez décrire la maladie ou la blessure dont vous souffrez actuellement et expliquer comment elle est survenue

---

---

Date d'apparition des premiers symptômes? (jj-mm-aaaa)

Avez-vous déjà souffert de la même maladie ou blessure ou d'une maladie ou blessure analogue

Oui  Non Si oui, veuillez fournir des précisions et les dates :

---

---

Votre affection est-elle liée à une grossesse?

Oui  Non Si oui, quelle est la date prévue de l'accouchement? (jj-mm-aaaa)

Veuillez décrire les complications, le cas échéant

---

---

Depuis quand cette maladie ou blessure vous empêche-t-elle de travailler? (jj-mm-aaaa)

Veuillez indiquer les tâches de votre emploi que vous êtes incapable d'effectuer

---

---

Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, physiothérapie, psychothérapie, etc.)?

Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés et que vous prévoyez consulter dans un avenir rapproché relativement à cette maladie ou à cette blessure.

Médecin	Adresse	Date de consultation (jj-mm-aaaa)

Veuillez joindre une copie des documents suivants, le cas échéant : comptes rendus de consultation (médecin ou spécialiste), analyses en laboratoire, résultats d'examens. Si vous avez passé des tests génétiques, ne joignez pas les résultats au présent formulaire, car ils ne sont pas nécessaires dans l'évaluation de l'invalidité.

Quand prévoyez-vous être en mesure de reprendre votre emploi? (jj-mm-aaaa)

Temps plein  Temps partiel

Avez-vous déjà tenté de retourner au travail?

Oui  Non Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

Votre retour au travail a duré combien de temps?

Du (jj-mm-aaaa) : Au ( jj-mm-aaaa) :

Vous êtes retourné au travail

Dans votre propre emploi  Dans un nouvel emploi ou dans des tâches modifiées

Vous êtes retourné au travail

À temps plein  À temps partiel

Vous devez aviser Securian Canada si :

- Votre état de santé s'améliore et vous êtes capable de travailler à temps partiel ou à temps plein;
- Vous recommencez à travailler à titre de salarié ou comme travailleur autonome.

### Invalidité attribuable à un accident

Votre invalidité est-elle attribuable à un accident?

Oui  Non Si oui, indiquer la date, l'heure et le lieu de l'accident? Si non, allez à la section suivante.

Date (jj-mm-aaaa)	Heure	Lieu
-------------------	-------	------

L'accident est-il survenu pendant que vous exerciez vos fonctions pour l'employeur?

Oui  Non Veuillez décrire comment votre maladie ou votre blessure est survenue.

Votre maladie ou votre blessure résulte-t-elle d'un accident de véhicule motorisé?

Oui  Non Si oui, veuillez joindre une copie du rapport d'accident à la présente déclaration.

Nom de l'expert en sinistres

Assureur automobile	Numéro de contrat	Numéro de téléphone
---------------------	-------------------	---------------------

Si votre invalidité est attribuable à un accident, avez-vous engagé des poursuites contre une personne physique ou une organisation?

Oui  Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'avocat	Numéro de téléphone
-----------------	---------------------

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

Date à laquelle la poursuite a été engagée (jj-mm-aaaa)

Si non, veuillez expliquer pourquoi vous ne l'avez pas fait

### Autorisation de communiquer

Vous pouvez autoriser une autre personne à communiquer avec Securian 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 Securian Canada ou à la Banque de Montréal inclut leurs propres mandataires et fournisseurs de services.**

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

- Les renseignements nécessaires pour traiter ma demande d'invalidité hypothécaire »
- 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 Securian 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.

### Paiement en trop

Si Securian Canada me paie en trop, je leur permets de :

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

### Prévention de fraude et abus

Si Securian 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 Securian 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)

## Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Securian Canada, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez nous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, vous pouvez contacter notre bureau de la confidentialité au : 1-888-968-4155, par courrier à : Privacy Office, 25 Sheppard Avenue West, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6, ou visiter <http://www.securiancanada.ca/privacy-statement>.

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

# Invalidité hypothécaire - Assurance-crédit

## Déclaration du médecin traitant



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada,  
Exerçant 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@securiancanada.ca



### Police 51007

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.

#### Instructions :

- Veuillez ne pas inclure les résultats des tests génétiques effectués par votre patient.
- Veuillez retourner ce formulaire à votre patient une fois qu'il est rempli.
- Les frais exigés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.
- Le but de ce rapport est de nous aider à déterminer la décision de l'invalidité. En remplissant ce rapport, veuillez inclure suffisamment de détails sur votre passé, les résultats physiques et diagnostiques, l'évolution clinique, la thérapie et la réponse pour nous permettre de prendre cette décision.

#### 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

#### Renseignements médicaux

##### Histoire

Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident (jj-mm-aaaa)	Date de l'arrêt de travail pour cause d'invalidité (jj-mm-aaaa)
--	---

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue?

Oui  Non Si oui, indiquez quand et décrivez.

S'il en est atteint depuis longtemps, son état s'est-il

Amélioré  Maintenu  Légèrement aggravé  Considérablement aggravé

L'affection est-elle attribuable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle?

Oui  Non  Ne sais pas

L'affection est-elle reliée directement ou indirectement à la grossesse?

Oui  Non Dans l'affirmative, indiquez la date de confinement (jj-mm-aaaa) :

Le patient reçoit-il un traitement pour abus de drogues ou d'alcool ou a-t-il besoin d'un tel traitement?

Oui  Non

L'affection est-elle attribuable à une blessure que l'assuré s'est infligée ou à une tentative de suicide?

Oui  Non

#### Diagnostic (y compris toute complication)

Diagnostic principal

Diagnostic secondaire

Symptômes subjectifs

Résultats d'exams (ex. : radiographies, ECG, exams de laboratoire et observations cliniques)

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

Securian Canada est le nom de marque utilisé par La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et La Compagnie d'assurance-générale Première du Canada pour faire des affaires au Canada. Les polices sont souscrites par Canadian Premier Life Insurance Company.

**Traitements**

Date de la première visite (jj-mm-aaaa)

Date de la dernière visite (jj-mm-aaaa)

Fréquence des visites

 Hebdomadaires    Mensuelles    Autre (précisez) :

Nature du traitement (y compris toute intervention chirurgicale et prescription de médicaments)

**Progrès**

Le patient est

 Rétablissement complet    Pas de changement    Amélioration    Aggravation

Est-il

 Sur pied    Alité    Confiné à la maison

Le patient a-t-il été hospitalisé?

 Oui    Non   Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse de l'hôpital :

Date de début du confinement (jj-mm-aaaa)

Date de fin de confinement (jj-mm-aaaa)

**État cardiaque (s'il y a lieu)**

Capacité fonctionnelle (American Heart Association)

- Catégorie 1 (aucune restriction)
- Catégorie 2 (légère restriction)
- Catégorie 3 (restriction marquée)
- Catégorie 4 (restriction complète)

Tension artérielle (dernière visite)

Pression systolique / Pression diastolique

Le patient a-t-il été hospitalisé?

 Oui    Non   Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse de l'hôpital :

Date de début du confinement (jj-mm-aaaa)

Date de fin de confinement (jj-mm-aaaa)

**Incapacité physique**

- Catégorie 1 - Aucune restriction; apte à toute activité physique (de 0 à 10 %)
- Catégorie 2 - Légère restriction; travail manuel léger (de 15 à 30 %)
- Catégorie 3 - Restriction modérée; travail de bureau ou administratif (sédentaire) (de 35 à 55 %)
- Catégorie 4 - Restriction marquée (de 60 à 70 %)
- Catégorie 5 - Restriction très marquée; aucune forme de travail (même sédentaire) (de 75 à 100 %)

Expliquez en quoi l'incapacité physique du patient l'empêche d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle

Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches étaient modifiées?

 Oui    Non

Dans l'affirmative, précisez la nature des tâches qu'il pourrait accomplir et la date à laquelle vous prévoyez qu'il sera en mesure de le faire.

**Incapacité mentale ou nerveuse (le cas échéant)**

Veuillez utiliser la terminologie de la 4e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), en donnant une évaluation multiaxiale et une évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Axe 1 ( primaire )

Axe 2

Axe 3

Axe 4

Axe 5-EGF note actuelle :

Note la plus faible de l'année écoulée :

En ce qui touche l'EGF, indiquez à partir de quel niveau le patient serait apte à retourner au travail à plein temps

Expliquez en quoi les restrictions sur le plan psychologique auxquelles le patient est assujetti empêchent celui-ci d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel

---

---

Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches étaient modifiées?

Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez la nature des tâches qu'il pourrait accomplir et la date à laquelle vous prévoyez qu'il sera en mesure de le faire

---

---

A votre avis, le patient a-t-il les capacités nécessaires pour endosser des chèques et en utilisant les montants?

Oui  Non

### Pronostic

Le patient est-il maintenant totalement incapable d'exercer?

Son emploi :  Oui  Non      Un autre travail :  Oui  Non

Si non, depuis quand le patient est-il en mesure d'exercer?

Travail du patient (jj-mm-aaaa) :       Un autre travail (jj-mm-aaaa) :

Si oui, quand le patient sera-t-il suffisamment rétabli pour pouvoir exercer?

Travail du patient (jj-mm-aaaa) :  Indéfini  Jamais

Un autre travail (jj-mm-aaaa) :  Indéfini  Jamais

Pour accélérer l'examen de la demande de prestations d'invalidité présentée par le patient à Securian Canada, indiquez les dates des consultations au cours des trois derniers années auprès de vous ou de tout médecin pour l'affection considérée ici ou toute autre affection

Dates (mm-aaaa)	Antécédents (examens physiques)	Diagnostic	Traitements

Veuillez nous fournir des copies des résultats de tests, des dossiers d'hospitalisation, des notes de consultation et des rapports de spécialistes.

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

Nom	Spécialité	Adresse	Numéro de téléphone, télécopieur

### 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	

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

# Invalidité hypothécaire - Assurance-crédit

## Déclaration de L'employeur



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada,  
Exerçant 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@securiancanada.ca



### Police 51007

Securian Canada s'engage à conserver les informations personnelles des demandeurs Confidentielles.

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité. À remplir par le demandeur s'il est travailleur autonome.

#### Renseignements sur le salarié

Nom de famille et prénoms

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

Premier jour de service du salarié (jj-mm-aaaa)	Dernier jour de travail prévu (jj-mm-aaaa)	Dernier jour travaillé (jj-mm-aaaa)
--	---	--

#### Précisions sur l'emploi

Raison de l'arrêt de travail?

Vacances  Mise à pied  Absence autorisée  Invalidité  Autre (précisez) :

Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail (jj-mm-aaaa)	Nombre d'heures travaillées par semaine
--	---	---

Le retour de travail de l'employé est (cochez une case)

Plein temps avec restriction  Plein temps aucune restriction  Temps partiel avec restriction  Temps partiel aucune restriction

Si le retour du travail est avec restrictions, veuillez énumérer toutes les restrictions et toutes les tâches l'employé n'est pas en mesure d'accomplir

Ces restrictions empêchent-elles à l'employé d'exercer son métier?

Oui  Non

Si l'invalidité résulte d'un accident, avez-vous présenté le rapport de l'accident à la CSPAAT ou à la CSST?

Oui  Non

Quelles étaient les fonctions du salarié lorsqu'il a cessé de travailler?

S'agit-il d'un employé

À temps plein  À temps partiel  Saisonnier Nombre d'heures travaillées par semaine :

Depuis combien de temps le salarié occupait-il ce poste? Securian Canada a besoin d'une copie de la description du poste du salarié. S'il n'existe pas de description de poste, veuillez énumérer les tâches essentielles que le salarié accomplit.

Indiquez les dates des congés de maladie ou des périodes de mise à pied du salarié comprises dans les douze mois précédant le début de l'invalidité et donnez des précisions à ce sujet

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

Securian Canada est le nom de marque utilisé par La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et La Compagnie d'assurance-générale Première du Canada pour faire des affaires au Canada. Les polices sont souscrites par Canadian Premier Life Insurance Company.

Si les fonctions du salarié ont changé dans les douze mois qui ont précédé son arrêt de travail, décrivez les fonctions exercées antérieurement et précisez la raison et la date du changement

---

---

### Attestation et signature

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques compte tenu des dossiers de l'entreprise.

Nom du signataire autorisé (en caractères d'imprimerie)	Titre	
Nom de l'employeur	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse (rue, city, province, postal code)		
Signature du signataire autorisé <b>X</b>	Date (jj-mm-aaaa)	