

Perte d'emploi 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 51007

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

Marche à suivre :

Si l'état de la couverture d'assurance perte d'emploi sous Coup d'œil sur l'assurance-crédit – Interrogation n'est pas « Actif » et que l'indicateur de couverture sous Explorateur Service – Mise à jour-Assurance n'est pas « Assurance-invalidité et assurance perte d'emploi », informez le Client qu'il n'y a pas d'assurance perte d'emploi en vigueur et ne lui fournissez pas de formulaire de demande de règlement.

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 d'Optimizer.

Si aucune copie de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance originale n'est/sont jointe(s), 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 Perte d'emploi du client assuré est « Actif »).

Appuyez sur "**Touche 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 la perte d'emploi 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 Perte d'emploi 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) |
|---------------------------------------|-------|-------------------|

Perte d'emploi 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 51007

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date de la perte d'emploi.

Six 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 de l'employeur - Remettez ce formulaire à votre employeur pour qu'il le remplisse.
- Le Relevé d'emploi - Veuillez fournir une copie du formulaire.
- Sur le site du gouvernement du Canada, sélectionnez l'option « Mon dossier Service Canada », et fournissez des copies d'écran en format PDF de ce qui suit :
 - «Ma dernière demande»; et
 - «Mes paiements».
- 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 du domicile | | Autre numéro de téléphone mobile |
| Numéro du transit du succursale | Numéro de l'hypothèque | Versement hypothécaire en cours \$ |
| Fréquence de paiement <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> 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 |

Précisions sur l'emploi

Emploi au moment de la perte d'emploi

Type d'emploi
 A temps plein A temps partiel Saisonner Temporaire

S'il s'agit d'un emploi saisonnier, inscrivez les dates indiquant la durée des services (jj-mm-aaaa)
Du : _____ Au : _____

Brève description de l'emploi

Nom et prénoms de l'employeur (au moment de la perte d'emploi)

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

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

Dernier jour travaillé (jj-mm-aaaa)

Date du retour au travail (jj-mm-aaaa)

Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa)

Si vous êtes au service de l'employeur ci-dessus depuis moins de 6 mois, veuillez indiquer :

Nom et prénoms de l'employeur précédent

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

Donnez des précisions sur votre demande d'assurance-emploi (A.-E.) (veuillez inclure une copie de toute correspondance relative à l'A.-E. pour cette demande).

Date à laquelle vous avez demandé des prestations d'A.-E.
(jj-mm-aaaa)

Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa)

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 au titre de l'assurance perte d'emploi 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 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.

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/>.

Perte d'emploi hypothécaire - Assurance-crédit

Déclaration de L'employeur



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 51007

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date de la perte d'emploi.

Renseignements sur l'employé

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Premier jour de service de l'employé (jj-mm-aaaa) | Dernier jour de travail prévu de l'employé (jj-mm-aaaa) | Dernier jour travaillé par l'employé (jj-mm-aaaa) |
|---|---|---|

Précisions sur l'emploi

Raison de l'arrêt de travail

Congédiement non motivé Mise à pied Conflict de travail syndical Grève ou lockout

Autre (précisez) :

| | | |
|---|---|---|
| S'il s'agit d'une mise à pied, date à laquelle l'employé a été informé (jj-mm-aaaa) | Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa) | Dernier jour travaillé par l'employé (jj-mm-aaaa) |
|---|---|---|

Fonctions de l'employé lorsqu'il a cessé de travailler

Type de poste

Temps plein Temps partiel Saisonnier Indiquez le nombre d'heures travaillées par semaine :

Si saisonnier, inscrivez les dates indiquant la durée des services (jj-mm-aaaa)

Du : Au :

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 X | Date (jj-mm-aaaa) |
|--|-------------------|