

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**.



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. 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 57904

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

Commencez votre réclamation par l'intermédiaire du portail numérique des réclamations de l'assurance créditeur. Deux (2) formulaires sont requis pour commencer le processus de réclamation :

- La Déclaration du demandeur. Vous remplissez ce formulaire. Assurez-vous de le signer et de le dater.
- La Déclaration du médecin traitant. Demandez à votre médecin de remplir ce formulaire.

Remarque : Les formulaires sont disponibles sur le portail. Pour la déclaration du médecin traitant, vous pouvez imprimer ou envoyer le formulaire par courriel à votre médecin.

Une fois rempli, votre médecin peut retourner le formulaire pour que vous puissiez le télécharger sur le portail, l'envoyer par télécopieur au 1-866-748-8486 ou l'envoyer par courriel à creditor.claims@securiancanada.ca. Securian Canada travaillera directement avec BMO pour obtenir vos documents de preuve d'assurance.

Vous préférez ne pas soumettre en ligne?

Visitez votre succursale BMO locale pour obtenir de l'aide avec les formulaires requis.

Securian Canada est l'assureur et s'engage à préserver la confidentialité de vos renseignements.

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 de compte de marge de crédit	

****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.

Veillez 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 Securian Canada par adresse électronique ☐ Oui ☐ Non

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 du contrat

Numéro du 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

Veillez 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)

Veillez 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 subi des tests ou des examens liés au diagnostic?

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

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.

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 vous fournit-il des soins?

Veillez indiquer tous les autres médecins ou spécialistes consultés pour 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)	

Veuillez 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 Securian 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 Securian 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

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

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

- Les renseignements nécessaires pour le traitement de ma demande de règlement au titre de l'assurance contre les maladies graves pour prêts ou marges de crédit;
- 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 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.

Païement 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, 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 vous 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](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.

Marge de crédit maladie grave - Assurance crédit
Déclaration du médecin traitant - Cancer



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 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 a-t-il présenté les premiers symptômes de cette affection? (jj-mm-aaaa)

Veuillez indiquer le diagnostic exact et la nature du cancer

Quels étaient les symptômes?

Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection (jj-mm-aaaa)

Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient?

À quelle date le diagnostic de cancer a-t-il été posé? (jj-mm-aaaa)

Quand le patient a-t-il été informé du diagnostic? (jj-mm-aaaa)

Qui l'a informé du diagnostic?

Veuillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou les hôpitaux où le patient a été traité pour ce cancer

Veuillez nous fournir une copie du rapport de pathologie donnant les précisions suivantes :

Type de tumeur

Site de la tumeur

Histologie et détermination du stade

****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.

Le patient a-t-il déjà souffert de cancer ou d'une affection prédisposante?

☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions et indiquer les dates :

Votre patient a-t-il déjà subi un test de dépistage du VIH?

☐ Oui ☐ Non Si oui, date (jj-mm-aaaa) : Résultat :

Y a-t-il des cas de cancer dans la famille du patient?

☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez fournir des précisions :

Veuillez donner des précisions sur les autres antécédents médicaux pertinents des membres de la famille du patient

Veuillez 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

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

Veuillez fournir une copie de tous les résultats d'examens, rapports de pathologie, comptes rendus opératoires et rapports de consultation liés à l'affection.

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