

# Marge de crédit perte d'emploi - 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 21559

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

Commencez votre réclamation par l'intermédiaire du portail numérique des réclamations de l'assurance créditeur. Les (4) formulaires dûment remplis ci-dessous, ainsi que les (2) captures d'écran du site Web du gouvernement du Canada, sont nécessaires pour commencer le processus de demande.

- La Déclaration du demandeur - Vous remplissez ce formulaire. Assurez-vous de le signer et de le dater.
- La Déclaration de l'employeur - Demandez à votre employeur de remplir ce formulaire.
- 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».

Pour la déclaration de l'employeur, vous pouvez imprimer ou envoyer les formulaires par courriel à votre employeur. Une fois que vous avez reçu les formulaires remplis par l'employeur, téléversez-les sur le site Web ou envoyez-les par courriel à : [creditor.claims@securiancanada.ca](mailto:creditor.claims@securiancanada.ca)

Des questions ?

Appelez le 1-866-744-4866 ou écrivez à [creditor.claims@securiancanada.ca](mailto:creditor.claims@securiancanada.ca)

Securian Canada travaille directement avec BMO pour obtenir les détails de votre 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.

\*\*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.

**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 de compte de marge de crédit	

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 Securian Canada par adresse électronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------------------	---	---

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

<input type="checkbox"/> 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

**Précisions sur l'emploi**

Emploi au moment de la perte d'emploi		
Type d'emploi		
<input type="checkbox"/> A temps plein <input type="checkbox"/> A temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> 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)

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 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 la perte d'emploi 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 ma demande et ma situation d'emploi 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, 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.

# Marges de crédit perte d'emploi - 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 21559

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

<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> 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 <b>X</b>	Date (jj-mm-aaaa)
--	-------------------

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.

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.