

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 21559 et/ou 51007

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

Marche à suivre :

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

Comment imprimer les écrans :

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 la personne assurée

Nom de famille et prénoms

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Date du décès (jj-mm-aaaa)

Marge de crédit renouvelable

Si l'indicateur Assurance-Vie/Couverture Protection de Solde sous Interrogation - Aperçu du prêt est « non », informez le représentant autorisé qu'il n'y a pas d'assurance-vie en vigueur et ne lui fournissez pas de formulaire de demande de règlement.

- Joignez une copie d'écran** des soldes moyens des 12 derniers mois précédant la date du décès. Veuillez vous reporter à l'écran Interrogations - Solde annuel à ce jour.

Important : Indiquez la date à laquelle la copie d'écran a été prise.

- Joignez une copie d'écran** de la section Interrogation : Coup d'œil sur l'assurance-crédit.

Numero de compte

Solde dû à la date du décès

\$

Reportez-vous à l'écran Aperçu du prêt pour remplir cette section.

Limite de montant autorisée

Date d'ouverture (jj-mm-aaaa)

\$

Reportez-vous à l'écran Interrogation - Coup d'œil sur l'assurance-crédit pour remplir cette section.

Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)

Montant couvert maximal

\$

Situation relative à l'assurance-vie actuelle

- Active Non admissible Approuvée Refusée En attente Cessation Annulée Soumission

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

Marge de crédit renouvelable pour petites entreprises

Si l'indicateur Assurance-Vie/Couverture Protection de solde sous Interrogation - Aperçu du prêt est « non », informez le représentant autorisé qu'il n'y a pas d'assurance-vie en vigueur et ne lui fournissez pas de formulaire de demande de règlement.

- Joignez une copie d'écran** des soldes moyens des 12 derniers mois précédant la date du décès. Veuillez vous reporter à l'écran Interrogations - Solde annuel à ce jour.

Important : Indiquez la date à laquelle la copie d'écran a été prise.

- Joignez une copie d'écran** de la section Explorateur Service : Mise à jour-Assurance.

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| Numéro de compte | Solde dû à la date du décès \$ |
|------------------|-----------------------------------|

Reportez-vous à l'écran Aperçu du prêt pour remplir cette section.

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Montant limite \$ | Date d'ouverture (jj-mm-aaaa) |
|----------------------|-------------------------------|

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

Marge de crédit à tempérament

Si l'indicateur Assurance-Vie/Couverture Protection de solde sous Interrogation - Aperçu du prêt est « non », informez le représentant autorisé qu'il n'y a pas d'assurance-vie en vigueur et ne lui fournissez pas de formulaire de demande de règlement.

- Joignez une copie d'écran** de la section Interrogation : Aperçu du prêt.
- Joignez une copie d'écran** de la section Interrogation - Coup d'oeil sur l'assurance-crédit (si l'assurance a été souscrite après le 1er février 2015).

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| Numéro de compte | Solde dû à la date du décès \$ |
|------------------|-----------------------------------|

Reportez-vous à l'écran Aperçu du prêt pour remplir cette section.

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Montant limite \$ | Date d'ouverture (jj-mm-aaaa) |
|----------------------|-------------------------------|

Si l'assurance a été souscrite après le 1er février 2015 (programmes d'assurance BMO)

Reportez-vous à l'écran Interrogation - Coup d'œil sur l'assurance-crédit pour remplir cette section.

| Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa) | Options de couverture - pourcentage <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% | % du solde couvert | Montant couvert maximal \$ |
|---|---|--------------------|-------------------------------|
|---|---|--------------------|-------------------------------|

Situation relative à l'assurance-vie actuelle

- Active Non admissible Approuvée Refusée En attente Cessation Annulée Soumission

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

Prêts à tempérament pour petites entreprises, prêts à tempérament semi-renouvelables, MargExpress REER

- Joignez une copie d'écran** de la section Explorateur Service : Mise à jour-Assurance.

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| Numéro de compte | Solde dû à la date du décès \$ |
|------------------|-----------------------------------|

Reportez-vous à l'écran Aperçu du prêt pour remplir cette section.

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Montant limite \$ | Date d'ouverture (jj-mm-aaaa) |
|----------------------|-------------------------------|

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

Prêts MEC (CPP/PVD)

Joignez une copie d'écran Interrogation - Modalités générales de compte.

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| Numéro du prêt | Solde dû à la date du décès \$ |
|----------------|-----------------------------------|

Reportez-vous à l'écran Interrogation - Données sur le prêt et modalités générales de compte pour remplir cette section.

| | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Date d'ouverture (jj-mm-aaaa) | Montant initial/limite initiale \$ | Date d'amortissement (jj-mm-aaaa) |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|

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

Renseignements sur la banque (représentant autorisé)

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------|
| 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-vie est « Actif » sous Coup d'œil sur l'assurance-crédit (s'il y a lieu).

Veuillez 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) |
|---------------------------------------|-------|-------------------|

**Assurance-vie pour prêts, marge de crédit, MargExpress
REER et prêts à tempérament semi-renouvelables
Assurance-crédit - Déclaration du représentant autorisé**



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 21559 et/ou 51007

Quatre formulaires (4) ou documents sont requis pour commencer le processus de règlement :

- La Déclaration du représentant autorisé, qui doit être remplie par le représentant de la succession de la personne décédée. Veuillez aussi joindre une copie du testament de la personne décédée, si disponible.
- La Déclaration du médecin, si le décès est survenu moins de cinq ans après l'entrée en vigueur de l'assurance.
- L'original de l' attestation de décès de l'entrepreneur de pompes funèbres OU le certificat de décès.
- La Déclaration de la banque.

Le représentant de votre succursale BMO doit :

- Remplir la Déclaration de la banque;
- Fournir des **copies d'écran** décrivant la couverture d'assurance-crédit (s'il y a lieu); et
- Fournir une copie de la ou des **demandes d'adhésion à l'assurance-crédit**.

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

Renseignements sur la personne décédée

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

| |
|---------------------|
| Numéro(s) de compte |
|---------------------|

Type de prêt
 Prêt Marge de crédit MargExpress REER Prêts à tempérament semi-renouvelables semaines

| | |
|---|---|
| Date à laquelle la personne décédée s'est plainte pour la première fois de sa dernière maladie ou en a fait part à quelqu'un (jj-mm-aaaa) | Date à laquelle la personne décédée a consulté un médecin pour la première fois relativement à sa dernière maladie (jj-mm-aaaa) |
|---|---|

Cause immédiate du décès

Si le décès est attribuable à un accident, veuillez fournir des précisions

Veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin de famille de la personne décédée :

Nom de famille et prénoms

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

Veuillez fournir les noms et adresses de tous les médecins que la personne décédée a consultés et de tous les hôpitaux où elle a reçu des traitements au cours des 5 années qui ont précédé son décès :

| | |
|---------------------------|---|
| Nom de famille et prénoms | Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal) |
|---------------------------|---|

| | |
|----------------------|---------------------|
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
|----------------------|---------------------|

| | |
|---------------------------|---|
| Nom de famille et prénoms | Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal) |
|---------------------------|---|

| | |
|----------------------|---------------------|
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
|----------------------|---------------------|

| | |
|---------|---|
| Hôpital | Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal) |
|---------|---|

| | |
|----------------------|---------------------|
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
|----------------------|---------------------|

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

Autorisation

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. J'autorise la Première du Canada, compagnie d'assurance-vie, le ou les gestionnaires du régime ainsi que leurs conseillers et leurs fournisseurs de services, à recueillir et à utiliser des renseignements au sujet de (l'assuré) qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à la couverture d'assurance, et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents en ce qui a trait à la demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les agences gouvernementales, les régies provinciales de l'assurance maladie, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. Je reconnais que les renseignements qui ont trait à la demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide jusqu'à ce que l'évaluation de la demande de règlement prenne fin.

| | |
|---|-------------------------------|
| Nom du représentant autorisé de la personne décédée | Lien avec la personne décédée |
| Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal) | |

Si vous souhaitez que la Première du Canada vous envoie des courriels, veuillez nous fournir votre adresse courriel ci-dessous. La Première du Canada vous contactera par courriel sécurisé.

Adresse courriel

| | | |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Signature du représentant autorisé | Numéro de téléphone | Date (jj-mm-aaaa) |
| X | | |

Comment soumettre vos formulaires 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

Remarques importantes :

- Dans le cas des décès qui surviennent en dehors de l'Amérique du Nord, la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada communiquera avec vous si des documents supplémentaires sont exigés.
- La Première du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si elle a besoin de renseignements supplémentaires pour terminer l'étude de votre demande.
- Tant que la Première du Canada, compagnie d'assurance-vie ne vous a pas informé par écrit de sa décision concernant la demande de règlement, il incombe à la succession de continuer d'effectuer les paiements pour le prêt.
- La demande de règlement doit être présentée dans les délais suivants :
 - Pour toutes les provinces et tous les territoires sauf le Québec, aussitôt que possible, mais au maximum dans l'année qui suit la date du décès.
 - Pour les résidents du Québec, aussitôt que possible, mais au maximum dans les trois ans qui suivent la date du décès.
- Les frais engagés pour obtenir les preuves requises pour la demande de règlement sont à la charge du représentant qui présente la demande.
- Veuillez conserver dans vos dossiers une copie des documents de la demande de règlement.

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/>.

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 21559 et/ou 51007

Cette section doit être remplie dans tous les cas où le décès est survenu moins de 2 ans après la date de début de cette assurance.

Instructions :

- Retournez le présent formulaire rempli au représentant autorisé.
- Tous frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du représentant autorisé.

Renseignements sur la personne décédée

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| Nom de famille et prénoms de la personne décédée | | Date de naissance (jj-mm-aaaa) |
| Date du décès (jj-mm-aaaa) | Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois au sujet de l'affection ayant causé le décès (jj-mm-aaaa) | |
| Cause directe du décès | Date du diagnostic (jj-mm-aaaa) | |
| Cause secondaire du décès | Date du diagnostic (jj-mm-aaaa) | |
| Le décès est-il dû à | | |
| <input type="checkbox"/> Des causes naturelles <input type="checkbox"/> Un suicide <input type="checkbox"/> Un accident <input type="checkbox"/> Un homicide Précisez : | | |

Est-ce que la consommation d'alcool ou l'usage de drogues a contribué au décès?

Oui Non Si oui, donnez des précisions ci-dessous.

Avez-vous traité ou donné conseil à la personne décédée au cours des 5 dernières années?

Oui Non Si oui, donnez des précisions ci-dessous.

| | |
|----------------------|---------------------|
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |

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

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été soignée par un autre médecin ou professionnel de la santé ou traitée dans un hôpital ou un établissement médical au cours des 5 dernières années?

Oui Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : (utilisez des feuilles distinctes au besoin)

| | |
|---------------------------|---|
| Nom de famille et prénoms | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Nom de famille et prénoms | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Nom de famille et prénoms | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Nom de famille et prénoms | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Hôpital | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Hôpital | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Hôpital | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Hôpital | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |

Signature du médecin

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

Nom de famille et Prénoms du médecin

| | | |
|---|---------------------|-----------------------|
| Spécialité | Numéro de téléphone | Numéro de télécopieur |
| Adresse (rue, ville, province, code postal) | | |

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Signature du médecin X | Date (jj-mm-aaaa) |
|----------------------------------|--------------------------|