

Demande de règlement au titre de l'assurance perte d'emploi pour marge de crédit – Assurance-crédit – Contrat n° 21559

Représentant de BMO Banque de Montréal :

Prénom	Nom de famille
Signature X	
Numéro de téléphone _ _	Numéro de télécopieur _ _
Date (jj-mm-aaaa) _ _	

Timbre de la succursale domiciliaire

Veillez joindre une ou des saisies d'écran des renseignements sur le compte et une copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance se rapportant à la présente demande de règlement.

Quels renseignements sont requis dans le cas d'une demande de règlement au titre de l'assurance perte d'emploi?

Liste de contrôle :

- Déclaration du créancier dûment remplie et signée
- Copie du ou des formulaires d'adhésion à l'assurance pour marge de crédit se rapportant à la présente demande de règlement
- Déclaration du demandeur dûment remplie et signée
- Déclaration de l'employeur dûment remplie
- Copie de votre relevé d'emploi déposé auprès d'Emploi et Développement social Canada
- Lettre d'acceptation de la demande d'assurance-emploi
- Relevé des prestations d'assurance-emploi

Pour éviter les retards, veuillez vous assurer que les formulaires sont dûment remplis et donnez le plus de renseignements possible pour nous aider à évaluer votre demande de règlement. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne pourra donner suite à votre demande que lorsqu'elle aura reçu tous les documents ci-dessus.

Veillez envoyer votre demande à : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Assurance-créances – Demandes de règlement invalidité
C. P. 100, succ. C
Kitchener ON N2G 3W9

À noter :

- L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date de la perte d'emploi.
- Le versement des prestations commence après l'expiration du délai de carence.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge.
- Il vous incombe d'informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de votre date de retour au travail.
- Veuillez conserver dans vos dossiers une copie des formulaires de demande de règlement.
- La Sun Life 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 Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne vous a pas informé par écrit de sa décision, vous devez continuer d'effectuer en entier les paiements sur votre marge de crédit.
- Pour tout renseignement concernant votre demande de règlement, vous pouvez appeler la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie au 1-877-271-8713.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur et est membre du groupe Financière Sun Life.

Déclaration du créancier BMO

Instructions – la présente déclaration doit être remplie par le créancier BMO

- Lorsque la Déclaration du créancier est dûment remplie, remettez au client l'ensemble du dossier de règlement.
- Remettez au client une copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance pour marge de crédit ou prêt se rapportant à la présente demande de règlement.
- Dans le cas des marges de crédit, veuillez aussi joindre une capture d'écran des soldes moyens des 12 derniers mois précédant la date de la perte d'emploi. Veuillez vous reporter à l'écran «*Interrogations – Solde annuel à ce jour*» et en fournir une capture d'écran. **Important : Veuillez indiquer la date à laquelle la capture d'écran a été prise.**
- Demandez au client d'envoyer tous les documents du dossier de demande de règlement dûment remplis directement à la Sun Life.
- Si la situation relative à la couverture indiquée à l'écran «*Coup d'œil sur l'assurance crédit*» affiche «**Non déterminé**» ou «**Refusé**», veuillez informer le client qu'il n'y a aucune assurance perte d'emploi en vigueur et ne lui remettez pas de dossier de règlement.

1 Renseignements sur l'assuré

Prénom		Nom de famille		<input type="checkbox"/> Homme	Langue	<input type="checkbox"/> Français
				<input type="checkbox"/> Femme		<input type="checkbox"/> Anglais
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de la perte d'emploi (jj-mm-aaaa)	Numéro de téléphone		<input type="checkbox"/> Travail		
				<input type="checkbox"/> Domicile		
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou unité	
Ville			Province	Code postal		

2 Renseignements sur la marge de crédit renouvelable

Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.

Numéro de la marge de crédit 91052	
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Données du prêt</i> » pour remplir cette section.	
Limite autorisée	Date d'échéance du paiement (jj-mm-aaaa)
\$	
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Interrogations – Coup d'œil sur l'assurance crédit</i> » pour remplir cette section.	
Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Montant couvert maximal
	\$
Situation relative à l'assurance perte d'emploi actuelle	
<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Cessation <input type="checkbox"/> Annulée <input type="checkbox"/> Soumission	

3 Renseignements sur la marge de crédit à tempérament

Créanciers BMO : La Sun Life exige que toutes les cases de la présente section soient remplies.

Numéro de la marge de crédit 91052	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Données du prêt</i> » pour remplir cette section.	
Date d'échéance du paiement (jj-mm-aaaa)	
Veuillez vous reporter aux écrans « <i>Explorateur de service – Options – Renouvellements et taux d'intérêt</i> » pour remplir cette section.	
Montant initial du prêt/limite initiale	Date d'ouverture (jj-mm-aaaa)
\$	
Si l'assurance a été souscrite avant le 1 ^{er} février 2015 (assurance-cédit facultative avec préservation des droits acquis) Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Explorateur de service – Paiements – Mise à jour-Paiements – Détails du paiement</i> » pour remplir cette section.	
Montant fixe des versements (les versements comprennent les primes)	Périodicité des versements
\$	<input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuels <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> Bimensuels

3 Renseignements sur la marge de crédit à tempérament (suite)

Veuillez vous reporter aux écrans « <i>Interrogations – Relevés-mensuels</i> » pour remplir cette section.	
Primes mensuelles en vigueur à la date de la perte d'emploi Invalidité Plus _____ \$ Vie _____ \$	
Si l'assurance a été souscrite après le 1 ^{er} février 2015 (programmes d'assurance BMO) Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Interrogations – Coup d'œil sur l'assurance crédit</i> » pour remplir cette section.	
Options de couverture – pourcentage Perte d'emploi _____ %	Pourcentage des versements couverts en cas de perte d'emploi %
Périodicité des versements <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Mensuels <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> Bimensuels	Versement plus prime d'assurance après approbation \$
Situation relative à l'assurance perte d'emploi actuelle <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Cessation <input type="checkbox"/> Annulée <input type="checkbox"/> Soumission	

4 Coemprunteur assuré

Nom de famille	Prénom	Nom de famille	Prénom
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

5 Renseignements sur le créancier

Prénom	Nom de famille		
Titre	Numéro de succursale	Numéro de téléphone — —	

Je suis un représentant autorisé de la Banque de Montréal et j'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts.

Signature du créancier BMO X	Date (jj-mm-aaaa) — —
---------------------------------	--------------------------

Déclaration du demandeur

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

Instructions

- Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.
- Vous devez répondre à toutes les questions et remplir toutes les sections de la Déclaration du demandeur.
- Veuillez indiquer le numéro de votre marge de crédit ci-dessous.
- Veuillez signer et dater l'autorisation du demandeur.
- Il vous incombe d'informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de votre date de retour au travail.

1 Renseignements sur le demandeur						
Prénom			Nom de famille			
Date de naissance (jj-mm-aaaa) _ _	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone _ _	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Domicile	Numéro de la marge de crédit seulement
Adresse (numéro et rue)					Appartement ou unité	
Ville			Province		Code postal	

2 Précisions sur l'emploi		
Emploi au moment de la perte d'emploi		
Type d'emploi <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À 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 de l'employeur (au moment de la perte d'emploi)		
Adresse (numéro et 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 de l'employeur précédent			
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
		Numéro de téléphone _ _	
Donnez des précisions sur votre demande d'assurance-emploi (A. E.) (veuillez inclure une copie de toute correspondance relative à l'A. E., du relevé d'emploi, de la lettre d'acceptation de la demande d'assurance-emploi et du relevé des prestations d'assurance-emploi se rapportant à la présente demande de règlement.)		Date à laquelle vous avez demandé des prestations d'A. E. (jj-mm-aaaa) _ _	Date d'effet des prestations d'A. E., si elle est connue (j-mm-aaaa) _ _

3 Autorisation du demandeur

J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes. Je sais que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut enquêter sur la présente demande de règlement. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services (i) à recueillir, à utiliser des renseignements à mon sujet (à l'exclusion des renseignements médicaux) et à les communiquer à la Banque de Montréal aux fins de la gestion administrative de ma demande de règlement, et (ii) à recueillir, à utiliser les renseignements à mon sujet (y compris des renseignements médicaux) nécessaires à la tarification, à la gestion administrative ou à l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent contrat collectif et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents se rapportant à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. De plus, une telle personne ou organisation est également autorisée à divulguer mes renseignements personnels relatifs à la Sun Life du Canada, ses mandataires et ses fournisseurs de services. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original et cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

Signature du demandeur X	Date (jj-mm-aaaa) -- --
-----------------------------	----------------------------

4 Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle vos renseignements personnels ainsi que 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 de conformité, d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela nous aide 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. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers 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, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.

Déclaration de l'employeur

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

La présente déclaration doit être remplie par l'employeur et retournée au salarié.

1 Renseignements sur le salarié

Prénom		Nom de famille	
Adresse du salarié (numéro et rue)			Appartement ou unité
Ville		Province	Code postal

2 Précisions sur l'emploi

Nom de l'employeur		Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	
Premier jour de service du salarié (jj-mm-aaaa)		Dernier jour de travail prévu du salarié (jj-mm-aaaa)		Dernier jour travaillé par le salarié (jj-mm-aaaa)	
Raison de l'arrêt de travail					
<input type="checkbox"/> Congédiement non motivé <input type="checkbox"/> Conflit de travail syndical <input type="checkbox"/> Mise à pied <input type="checkbox"/> Grève ou lockout <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____					
S'il s'agit d'une mise pied ou autre, date à laquelle le salarié a été informé (jj-mm-aaaa)			Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa)		Date du retour au travail (jj-mm-aaaa)
Fonctions du salarié lorsqu'il a cessé de travailler					
<input type="checkbox"/> À temps plein Indiquez le nombre d'heures travaillées par semaine : _____		<input type="checkbox"/> À temps partiel Indiquez le nombre d'heures travaillées par semaine : _____		<input type="checkbox"/> Temporaire Indiquez le nombre d'heures travaillées par semaine : _____	
<input type="checkbox"/> Saisonnier S'il s'agit d'un emploi saisonnier, veuillez inscrire les dates indiquant la durée des services : Du : _____ au : _____					

3 Attestation et signature

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

Nom du représentant de l'employeur autorisé		Titre	
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Signature du représentant de l'employeur autorisé X			Date (jj-mm-aaaa)