

Banque Scotia

Formulaires de demande de règlement au titre de l'assurance invalidité — Prêt personnel Scotia

Déclarations requises pour la présentation des demandes de règlement :

- 1. Déclaration de la succursale**
 - 2. Déclaration du demandeur**
 - 3. Déclaration de l'employeur**
 - 4. Déclaration du médecin traitant**
-

Important :

- Veuillez vous assurer de joindre tous les documents susmentionnés dûment remplis à votre demande de règlement. Tout document manquant pourrait retarder l'évaluation de votre demande de règlement.
- Tous les documents peuvent être envoyés à la Canada-Vie par la poste à l'adresse CP 158, Succursale M, Halifax N.É. B3J 3V2, par télécopieur au 902 423-8169 ou par courriel à l'adresse HalifaxCreditor@canadalife.com.
- Jusqu'à ce qu'une décision soit rendue à l'égard de la demande de règlement, le demandeur doit poursuivre le paiement habituel de son prêt auprès de la Banque Scotia. Si la demande est approuvée, une période d'attente de 30 jours s'applique pendant laquelle aucune prestation n'est payable. Par la suite, les prestations sont exigibles à la date prévue du premier paiement du prêt suivant la période d'attente et sont calculées au prorata pour toute période plus courte qu'une période complète de paiement. Tous les paiements de prestations approuvés sont payables à la Banque Scotia uniquement.
- À la réception des formulaires de demande de règlement initiaux et après leur examen, la Canada-Vie vous informera par écrit de l'état de votre demande de règlement et de tout autre renseignement requis, le cas échéant.

1. DÉCLARATION DE LA SUCCURSALE

DIRECTIVES À L'INTENTION DE LA BANQUE :

1. La succursale vérifie si le Prêt personnel Scotia est assuré auprès de la Canada-Vie.
2. Remplissez les renseignements sur le prêt dans le champ ci-dessous pour chaque prêt personnel Scotia assuré.
3. **Important – Afin d'éviter tout retard dans le traitement de la demande de règlement, veuillez-vous assurer de joindre la Proposition Protection Prêt personnel Scotia originale et des copies des lettres de renouvellements / propositions subséquentes.**
4. Veuillez fournir la Déclaration de la succursale et les documents d'assurance au demandeur afin qu'il les soumette avec les autres déclarations relatives à sa demande de règlement.

NOM DE L'ASSURÉ

Prénom : _____ Nom de famille : _____

VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS	Prêt n° 1	Prêt n° 2	Prêt n° 3
Numéro du prêt assuré (Numéro de la succursale suivi du numéro de prêt)			
Date du prêt initial	Année-Mois-Jour	Année-Mois-Jour	Année-Mois-Jour
Date de commencement du terme du présent prêt	Année-Mois-Jour	Année-Mois-Jour	Année-Mois-Jour
Terme actuel du prêt (nombre de mois)			
Date d'échéance du terme :			
Période d'amortissement au commencement du terme du présent prêt (nombre de mois)			

Montant de remboursement du prêt : _____ \$

Fréquence des paiements : Mensuelle Précisez le jour du mois : _____ (Pour le dernier jour du mois, indiquez « fin du mois »)

Toutes les deux semaines Précisez le jour de la semaine : _____

Hebdomadaire Prochaine date prévue de paiement : _____ (Année-Mois-Jour)

Bimensuelle Précisez le jour de la semaine : _____

Bimensuelle Précisez les jours du mois : _____

S'agit-il d'une renégociation de prêt (p. ex. modification, prolongation, remaniement, refinancement d'un précédent prêt avec assurance invalidité)?

Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir les deux renseignements demandés ci-dessous :

1. Numéro du prêt précédent _____

2. Une copie de la Proposition Protection Prêt personnel Scotia / lettre de renouvellement automatique précédente.
Si le client est admissible à la reconnaissance de l'assurance antérieure, le traitement de la demande de règlement sera accéléré.

ADRESSE POSTALE DE LA SUCCURSALE

Nom du conseiller autorisé de la succursale : (en caractères d'imprimerie) _____

Numéro et nom de la rue / CP : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone direct : _____ - _____ Numéro de télécopieur de la succursale : _____ - _____

Numéro de domiciliation de la succursale : _____

Signature du conseiller autorisé de la succursale : _____ Date : (Année-Mois-Jour) _____

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE
DÛMENT REMPLI À :**

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'Assurance créances de Halifax
CP 158 Succursale M
Halifax N.É. B3J 3V2
Télécopieur : 902 423-8169 Courriel : HalifaxCreditor@canadalife.com

2. DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Directives à l'intention des emprunteurs qui présentent une demande de prestations d'assurance créances invalidité

1. Avant de soumettre votre demande de règlement aux fins d'évaluation, reportez-vous à votre Proposition Protection Prêt personnel Scotia et au certificat d'assurance qui donnent un aperçu de la police. Une attention particulière devrait portée aux sections intitulées « Limitations » et « Exclusions ». Veuillez noter également que les prestations d'assurance invalidité ne sont pas versées pendant les 30 premiers jours de l'invalidité (période d'attente). Les prestations sont versées à la date habituelle du paiement du prêt.
2. Veuillez vous assurer que vous, votre employeur ainsi que votre médecin avez rempli de façon détaillée tous les formulaires de demandes de règlement. Des renseignements manquants retarderont le traitement de votre demande de règlement.
3. S'il apparaît que votre invalidité ne se prolongera pas au-delà de la période d'attente, ne faites pas remplir le formulaire par votre médecin et votre employeur. S'il est certain que votre invalidité se prolongera au-delà de la période d'attente, faites remplir le formulaire par votre médecin et votre employeur vers la fin de la période d'attente, à votre convenance.
4. Si votre demande de règlement est acceptée, la Canada-Vie versera le paiement des prestations mensuelles à la banque aussi longtemps que durera votre invalidité et que vous satisferez aux exigences indiquées dans la police. Si votre demande de règlement est approuvée, un formulaire de détail du règlement vous sera envoyé indiquant le paiement versé en votre nom et la date jusqu'à laquelle le paiement se poursuivra, selon la preuve soumise. Vous serez également avisé lorsqu'une preuve médicale supplémentaire sera requise. Un formulaire supplémentaire de demande de règlement (à remplir par vous et votre médecin) vous sera envoyé (accompagné d'une enveloppe-réponse). Veuillez aviser la Canada-Vie sans tarder de votre retour au travail afin que toutes prestations restant à verser soient évaluées de façon appropriée.
5. Si votre demande de règlement est refusée, la Canada-Vie vous enverra une lettre vous indiquant la raison.
6. S'il y a d'autres exigences relatives au traitement de votre demande de règlement, vous serez informé au moyen d'un formulaire de détail du règlement ou d'une lettre.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR À L'ÉGARD DES PRESTATIONS D'ASSURANCE CRÉANCES INVALIDITÉ (en caractères d'imprimerie)

M. M^{me}

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : (Année-Mois-Jour) _____ Sexe : Homme Femme

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ - _____

Si vous étiez retraité / sans emploi au moment où l'invalidité a débuté, veuillez fournir le nom de votre employeur précédent et expliquer brièvement vos tâches sous la rubrique Brève description de l'emploi.

Brève description de l'emploi

Nom et adresse de l'employeur avant le dernier jour de travail : _____

Téléphone : _____ - _____

Date du dernier jour de travail : (Année-Mois-Jour) _____ Date de retour au travail : (Année-Mois-Jour) _____

Date prévue de retour au travail : (Année-Mois-Jour) _____

Cause de l'invalidité : Maladie Accident

Si l'invalidité est attribuable à un accident, veuillez indiquer la date de l'accident : (Année-Mois-Jour) _____

Endroit où l'accident s'est produit : domicile travail ailleurs (précisez) : _____

Circonstances de l'accident?

Si l'invalidité est attribuable à un accident de véhicule motorisé, veuillez fournir les renseignements suivants :

Étiez-vous Conducteur Passager?

Si vous étiez conducteur, étiez-vous sous l'effet de l'alcool / d'autres substances toxiques? Oui Non

Est-ce que des accusations ont été portées? Oui Non

Date à laquelle la maladie/ blessure a débuté : (Année-Mois-Jour) _____ Nature de la maladie ou de la blessure? _____

Veuillez décrire le traitement actuel (médicaments, diète, physiothérapie, etc.)

Avez-vous été hospitalisé? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'hôpital : _____

Dates de l'hospitalisation : Du (Année-Mois-Jour) _____ Au (Année-Mois-Jour) _____

DÉCLARATION DU DEMANDEUR À L'ÉGARD DES PRESTATIONS D'ASSURANCE CRÉANCES INVALIDITÉ (suite)

Avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'une maladie semblable? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser quand et décrire la maladie :

Noms et adresses de tous les médecins consultés pour la maladie actuelle au cours de la dernière année :

Touchez-vous actuellement des prestations en raison de votre invalidité de l'un des organismes suivants ou deviendrez-vous admissible à de telles prestations?

CSPAAT RPC/RRQ Autre régime public (AE, etc.)

Tout régime collectif (*indiquez le nom de la compagnie*) _____

AUTORISATION D'UN TIERS

Si vous désirez autoriser une personne autre que vous-même (comme un membre de votre famille ou un ami) à communiquer avec La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie en votre nom au sujet de votre demande de règlement, veuillez remplir la section Autorisation du formulaire de demande de règlement.

La communication sera limitée aux questions relatives à la demande de prestations. La présente autorisation demeurera valide pendant toute la durée de la demande de règlement ou jusqu'à ce que vous la révoquiez. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Je, _____, autorise la Canada-Vie à transmettre des renseignements personnels en lien avec ma demande de prestations à :

Nom de la personne autorisée : (en caractères d'imprimerie) _____

Relation avec l'assuré : _____

Adresse de la personne autorisée : _____

Téléphone : _____ - _____

Signature de l'assuré : _____ Date : (Année-Mois-Jour) _____

SIGNATURE ET AUTORISATION – cette section doit être remplie par le demandeur

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada-Vie), nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Canada-Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Certains droits d'accès et de rectification vous sont conférés à l'égard des renseignements personnels qui sont contenus dans votre dossier. Vous pouvez exercer ces droits en soumettant une demande écrite à la Canada-Vie. La Canada-Vie peut faire appel à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'extérieur du pays. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada-Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels afin d'administrer le régime collectif, notamment pour étudier et évaluer les demandes de règlement.

J'autorise la Canada-Vie, le créancier ou le répondant de régime, tout fournisseur de soins de santé ou de soins de réadaptation, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé ainsi que les fournisseurs de services travaillant avec la Canada-Vie ou avec toute personne physique ou morale précitée à échanger des renseignements personnels, dont les rapports de consultation, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

Je comprends que la Canada-Vie requiert les renseignements personnels pour administrer le régime collectif, notamment aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada-Vie de traiter ma demande de règlement et que mon refus d'accorder mon consentement peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard. Je confirme qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré : _____ Date : (Année-Mois-Jour) _____

3. DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Cette section doit être remplie par le dernier EMPLOYEUR pour lequel vous avez travaillé avant le début de l'invalidité.

À NOTER : Si vous étiez à la retraite lorsque l'invalidité a commencé, veuillez remplir le formulaire en fonction du dernier emploi que vous avez occupé. Si vous êtes travailleur autonome, vous devez remplir le formulaire vous-même. Veuillez également indiquer si vous occupez encore des fonctions opérationnelles au sein de votre entreprise.

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

Nom : _____

Numéro et nom de la rue : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postale : _____

Date du début de l'emploi : (Année-Mois-Jour) _____ Date du dernier jour de travail : (Année-Mois-Jour) _____

Raison de l'arrêt de travail : _____

Date prévue de retour au travail : (Année-Mois-Jour) _____ Temps plein Temps partiel

OU

Date de retour au travail : (Année-Mois-Jour) _____ Temps plein Temps partiel

Profession occupée au dernier jour de travail : _____

*S'il s'agit d'un travail saisonnier, veuillez indiquer le nombre d'années ou de saisons consécutives pendant lesquelles le salarié a travaillé pour vous : _____

TYPE D'EMPLOI

Temps plein

Temps partiel, précisez le nombre d'heures de travail par semaine

Saisonnier, précisez le nombre d'heures de travail par semaine

Nombre d'heures					
Du			Au		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

Expliquez brièvement les tâches liées à l'emploi ainsi que les exigences physiques (p. ex. le temps passé debout, se pencher, soulever des objets, etc.)

(Veuillez fournir une copie d'une description de poste officielle si vous en avez une.)

Cet employé est-il couvert aux termes d'un régime (autre que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail) qui offre une protection collective d'assurance invalidité à vos employés? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de la compagnie d'assurance et le numéro de la police : _____

J'atteste que selon les dossiers de l'organisation, les renseignements susmentionnés sont exacts.

Nom du représentant de l'employeur autorisé : _____ Titre : _____

Signature du représentant de l'employeur autorisé : _____ Date : (Année-Mois-Jour) _____

Téléphone : _____ - _____

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE
DÛMENT REMPLI À :**

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'Assurance créances de Halifax
CP 158 Succursale M
Halifax N.É. B3J 3V2
Télécopieur : 902 423-8169

Courriel : HalifaxCreditor@canadalife.com

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE INVALIDITÉ

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT — CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT
(LES HONORAIRES FACTURÉS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR)

Partie I – Cette partie doit être remplie par le patient.

Partie II – Cette partie doit être remplie par le médecin.

PARTIE I — AUTORISATION DU DEMANDEUR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Prénom du patient : _____ Nom de famille du patient : _____

Date de naissance : (Année-Mois-Jour) _____ Adresse : _____

Signature du demandeur : _____

J'autorise par les présentes la divulgation à la Canada-Vie de tout renseignement concernant la présente demande de règlement. Je comprends également que les frais exigés, le cas échéant, pour remplir le présent formulaire seront à ma charge, à moins que la loi ne l'interdise.

PARTIE II — DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

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

Date à laquelle le patient a été vu en consultation et mis en arrêt de travail en raison de l'invalidité : (Année-Mois-Jour) _____

Nom du médecin ou de l'hôpital ayant vu le patient en consultation ce jour-là s'il ne s'agit pas de vous : _____

1. CAUSE DE L'INVALIDITÉ

Veuillez indiquer l'affection principale à l'origine de l'invalidité ainsi que toutes les autres affections contribuant à l'invalidité, selon leur gravité.

Diagnostic	Date d'apparition des symptômes (Année-Mois-Jour)	Date de la première consultation (Année-Mois-Jour)
1. (Principal)		
2.		
3.		
4.		

Le patient a-t-il déjà été atteint de la même affection ou d'une affection similaire dans le passé? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment ainsi que le traitement ayant été prescrit. _____

Si l'invalidité est attribuable à un accident, veuillez indiquer la date de l'accident : (Année-Mois-Jour) _____

L'invalidité est-elle attribuable à un accident de véhicule motorisé? Oui Non

Dans l'affirmative, savez-vous si le patient conduisait le véhicule alors qu'il était sous l'influence de l'alcool? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie des résultats des tests confirmant le taux d'alcoolémie, s'ils sont disponibles.

Si l'invalidité est attribuable à des complications liées à la grossesse, veuillez indiquer la date de l'hospitalisation : (Année-Mois-Jour) _____

2. DEGRÉ D'INVALIDITÉ

En cas d'hospitalisation :

Nom de l'HÔPITAL : _____ Date de l'admission : _____ Date du congé : _____

Incapacité physique (le cas échéant) : Veuillez décrire les limitations et restrictions physiques particulières du patient, comme se tenir debout, soulever des charges, marcher, se pencher, etc.

Troubles cardiaques (le cas échéant) :

Classe 1 (Aucune limitation) Classe 2 (Limitations légères) Classe 3 (Limitations marquées) Classe 4 (Limitation totale)

Pression artérielle (lors de la dernière consultation) Systolique _____ Diastolique _____ Taille / Poids _____

Troubles mentaux ou nerveux (le cas échéant) :

Veuillez utiliser la terminologie du DSM-IV, y compris l'évaluation multiaxiale et l'évaluation globale du fonctionnement (EGF).

Axe 1 (Principal) _____

Axe 2 _____

Axe 3 _____

Axe 4 _____

Axe 5 - Score EGF actuel _____ Score EGF le plus bas de l'année écoulée _____

Avez-vous connaissance d'autres facteurs qui contribuent à l'incapacité du patient à accomplir les tâches de son travail?

Problèmes liés au travail Problèmes familiaux Problèmes financiers Problèmes juridiques Autres problèmes : _____

3. TRAITEMENT

Veillez décrire le traitement :

Médicament(s)	Date(s) de prescription (Année-Mois-Jour)	Posologie	Affection traitée :

Fréquence des consultations : Hebdomadaire Toutes les deux semaines Mensuelle Autre : _____

À votre connaissance, est-ce que le patient suit le programme de traitement recommandé? Oui Non

Dans la négative, veuillez fournir des explications : _____

Si l'invalidité est liée à des troubles de santé mentale, avez-vous adressé le patient à un psychologue ou à un psychiatre? Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

4. PROGRÈS / PRONOSTIC

Évolution de l'état de santé du patient :

<input type="checkbox"/>	Rétablissement	Veillez indiquer la date de rétablissement / retour au travail	Date : (Année-Mois-Jour)
<input type="checkbox"/>	Amélioration	Veillez indiquer la date prévue de retour au travail	Date : (Année-Mois-Jour)
<input type="checkbox"/>	Aucune amélioration	Quelle est la prochaine option de traitement envisagée? Le patient est-il en attente de consultation?	
<input type="checkbox"/>	Pronostic inconnu	Pronostic estimé : <input type="checkbox"/> 1-3 mois <input type="checkbox"/> 4-6 mois <input type="checkbox"/> Plus de 6 mois <input type="checkbox"/> Jamais	

Selon vous, le patient serait-il en mesure de retourner au travail dans le cadre d'un programme de tâches modifiées? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Date de retour au travail : (Année-Mois-Jour)	Nombre d'heures par jour :	Nombre de jours par semaine :	Durée prévue :
Limitations, le cas échéant :			

Veillez joindre une copie des résultats d'examen ou des rapports de consultation ayant trait à la cause de l'invalidité qui pourraient nous être utiles dans l'évaluation de la demande de règlement de votre patient.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) : _____ Spécialité : _____

Téléphone : _____ - _____ Télécopieur : _____ - _____

Adresse (numéro et rue, ville, province, code postal) : _____

Signature du médecin : _____ Date : (Année-Mois-Jour) _____

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE
DÛMENT REMPLI À :**

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'Assurance créances de Halifax
CP 158 Succursale M
Halifax N.É. B3J 3V2
Télécopieur : 902 423-8169 Courriel : HalifaxCreditor@canadalife.com