

Banque Scotia

Trousse pour présenter une demande de règlement au titre de la protection hypothécaire ou de la protection Ligne de crédit Scotia

Important :

Avant de présenter votre demande pour examen, veuillez vous reporter au certificat d'assurance pour la protection hypothécaire ou la protection Ligne de crédit Scotia, qui explique brièvement les dispositions et les restrictions de la police.

- Veuillez vous assurer que **TOUS** les documents sont dûment remplis pour le type de prestations que vous demandez au titre de la protection hypothécaire ou de la protection Ligne de crédit Scotia. Tout document manquant pourrait retarder l'évaluation de votre demande de règlement.

Pour les demandes de règlement d'assurance-vie : Veuillez noter qu'une Déclaration du médecin traitant dûment remplie est exigée en plus d'une copie du certificat de décès. Ces documents sont requis pour établir la cause du décès. Une copie du rapport du coroner peut également être fournie.

Pour les demandes de règlement d'assurance en cas de maladie terminale : Veuillez noter qu'une maladie en phase terminale est une maladie qui, selon l'avis écrit d'un médecin, mènera vraisemblablement à un décès dans l'année suivant le diagnostic.

Pour les demandes de règlement d'assurance maladies graves : Veuillez vous assurer que votre médecin a joint à la Déclaration du médecin traitant les rapports médicaux et les résultats d'examen requis pour appuyer le diagnostic et qu'il a indiqué la date du diagnostic. Les documents requis sont indiqués dans la Déclaration du médecin traitant.

Pour les demandes de règlement d'assurance invalidité : Veuillez noter que si votre demande de règlement est soumise après le délai de présentation des demandes de règlement de 150 jours, vous pourriez devoir fournir, à vos frais, les rapports médicaux additionnels requis pour étayer la période d'invalidité. Dans un tel cas, nous vous suggérons de soumettre la Déclaration du médecin traitant ainsi que des copies de vos dossiers médicaux dont les dates s'étalent sur toute la période pour laquelle vous demandez des prestations. Si vous êtes assuré auprès d'un autre prestataire d'assurance invalidité, fournir une copie de votre dossier de demande de règlement peut suffire à justifier la période visée par la demande de règlement. Si elles sont approuvées, les prestations d'assurance invalidité sont payables à la Banque Scotia après une période d'attente de 60 jours. Elles commencent à être versées à la date à laquelle le premier paiement au titre du prêt est exigible après la fin de votre période d'attente. Le montant du règlement sera établi au prorata si des prestations d'assurance invalidité sont payables à l'égard d'une partie d'un paiement habituel. Aucune prestation n'est payable à l'égard de la période d'attente. Les prestations sont versées selon une fréquence qui est fondée sur la date d'exigibilité habituelle du paiement au titre de votre prêt hypothécaire ou du paiement mensuel au titre de votre ligne de crédit. Les prestations sont payables pendant un maximum de 24 mois pour toute période d'invalidité. Elles sont aussi limitées à un maximum de 48 mois pendant toute la durée de la protection.

- En ce qui a trait aux demandes de règlement d'assurance-vie et d'assurance en cas de maladie terminale, si la demande est approuvée, la prestation est payable en une somme forfaitaire à la Banque Scotia une fois l'évaluation de la demande terminée.
- À la réception des formulaires de demande de règlement initiaux et après l'examen initial, la Canada-Vie vous informera par écrit de l'état de votre demande de règlement et de tout autre renseignement requis, le cas échéant, pour terminer l'évaluation de la demande.
- Vous devez poursuivre les paiements requis aux termes de votre prêt auprès de la Banque Scotia jusqu'à ce qu'une décision soit rendue à l'égard de la demande de règlement.
- La trousse de demande de règlement dûment remplie, les documents médicaux requis et la déclaration relative au prêt financier qui vous a été fournie par la banque peuvent être transmis à :

Bureau de l'Assurance créances de Halifax
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
CP 158 Succursale M
Halifax NS B3J 3V2
Télécopieur : 902 423-8169 ou 1 844 223-2766
Courriel : HalifaxCreditor@canadalife.com

Si vous avez des questions sur la façon de remplir les formulaires, veuillez communiquer avec nous au 1 800 387-2671.

Protection hypothécaire ou protection Ligne de crédit Scotia Demande de règlement

TYPE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT :

☐ Assurance-vie ☐ Maladie grave ☐ Maladie terminale ☐ Invalidité

Police d'assurance prêt hypothécaire	Numéro du prêt hypothécaire	Solde du prêt hypothécaire (non requis pour les demandes de règlement d'assurance invalidité)	Police d'assurance marge de crédit	Numéro de la marge de crédit	Ligne de crédit Numéro de référence	Solde de la marge de crédit
		\$				\$
		\$				\$
		\$				\$

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____ (jj-mm-aaaa)

Adresse postale : _____
(Numéro et rue)

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro téléphone à domicile : _____ - _____ Numéro de téléphone portable : _____ - _____

Adresse électronique : _____
(En caractères d'imprimerie)

Nom et adresse du médecin généraliste de l'assuré : _____

Nom et adresse de tout autre médecin ou de tout hôpital ayant vu l'assuré en consultation :

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE-VIE : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom du demandeur : _____ Lien avec la personne décédée : _____

Date du décès de la personne décédée : _____
(jj-mm-aaaa)

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : _____ - _____

Adresse électronique : _____
(En caractères d'imprimerie)

À NOTER : Si aucun médecin de famille n'a été indiqué ci-dessus pour l'assuré, veuillez fournir le nom et l'adresse de tout médecin ou de toute clinique sans rendez-vous que la personne décédée aurait consultés à votre connaissance. Dans certains cas, les dossiers médicaux provinciaux pourraient être demandés à la réception de la demande de règlement.

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Nom du médecin / de la clinique sans rendez-vous : _____

Adresse : _____

Veuillez remplir le verso du présent formulaire et la section Autorisation d'obtenir des renseignements.

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Dernier jour travaillé : (jj-mm-aaaa) _____ Date du retour au travail : (jj-mm-aaaa) _____

Date présumée du retour au travail : (jj-mm-aaaa) _____

Date à laquelle la maladie/blessure est devenue invalidante : _____

Date à laquelle le patient a été mis en arrêt de travail par un médecin : _____

Cause de l'invalidité : ☐ Maladie ☐ AccidentEndroit où l'accident s'est produit : ☐ Domicile ☐ Travail ☐ Ailleurs (veuillez préciser) : _____

Comment l'accident s'est-il produit? _____

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

Dans l'affirmative, veuillez décrire l'affection : _____

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

Étiez-vous : ☐ Conducteur ☐ PassagerSi vous étiez conducteur, étiez-vous sous l'effet de l'alcool / d'autres substances? ☐ Oui ☐ NonEst-ce que des accusations ont été portées? ☐ Oui ☐ Non

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Commission des accidents du travail | <input type="checkbox"/> RPC/RRQ |
| <input type="checkbox"/> Autre régime public (CAEC, etc.) | <input type="checkbox"/> Tout régime collectif |

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE INVALIDITÉ, MALADIES GRAVES, EN CAS DE MALADIE TERMINALE OU EN CAS DE PERTE D'EMPLOI – Autorisation accordée à un tiers : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Si vous souhaitez désigner un représentant qui pourra correspondre avec la Canada-Vie ou lui soumettre une demande de règlement en votre nom, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. Il est entendu que la Canada-Vie échangera des renseignements personnels à mon sujet avec mon représentant dans la même mesure qu'elle le ferait avec moi personnellement.

Nom du représentant : _____

Adresse : _____ Lien : _____

Numéro de téléphone : _____ - _____

Nom de l'assuré : _____ Signature de l'assuré : _____
(En caractères d'imprimerie)

Date : _____

AUTORISATION D'OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS – À SIGNER PAR L'ASSURÉ (ou la SUCCESSION, le cas échéant) :

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, nous reconnaissons et 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. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada-Vie. La Canada-Vie peut avoir recours à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger. 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 pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur votre demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

J'autorise la Canada-Vie, le créancier ou le répondant de régime, tout prestataire de soins de santé ou de soins de réadaptation, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur 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 tout prestataire 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 conviens qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré ou du représentant autorisé : _____ Date : _____
(En caractères d'imprimerie) (jj-mm-aaaa)

À SIGNER PAR L'ASSURÉ (ou la SUCCESSION, le cas échéant) : _____

À noter : Si vous signez en tant que représentant autorisé, veuillez indiquer à quel titre vous exercez ce rôle. (Au besoin, une preuve d'autorisation peut être demandée.)

☐ Exécuteur/Liquidateur/Administrateur successoral ☐ Mandataire ☐ Coemprunteur ☐ Autre _____
(Veuillez préciser)

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À : Bureau de l'Assurance créances de Halifax
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
CP 158 Succursale M
Halifax NS B3J 3V2
Télécopieur : 902 423-8169 ou 1 844 223-2766
Courriel : HalifaxCreditor@canadalife.com

PRESTATIONS D'ASSURANCE CONTRE LE RISQUE DE MALADIE GRAVE OU EN CAS DE MALADIE TERMINALE

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN

(LES HONORAIRES FACTURÉS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR)

Prénom du patient : _____ Nom du patient : _____ Date de naissance : _____
(JJ-MM-AA)

Diagnostic : _____

Date d'apparition des symptômes : _____ (JJ-MM-AA) Date **exacte** du premier diagnostic : _____ (JJ-MM-AA)

Le patient a-t-il déjà été atteint de cette affection ou d'une affection similaire? ☐ Oui ☐ Non

Le cas échéant, veuillez donner les dates, la durée et des précisions : _____

Le patient a-t-il été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non Pendant combien de temps : du _____ (JJ-MM-AA) au _____ (JJ-MM-AA)

Nom de l'hôpital : _____ Numéro de téléphone de l'hôpital : _____ - _____

VEUILLEZ INCLURE LES DOCUMENTS MÉDICAUX ÉNUMÉRÉS PLUS BAS QUI SONT DEMANDÉS POUR SOUTENIR LE DIAGNOSTIC PERTINENT NOTÉ DANS LA DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE-VIE EN CAUSE.

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

Signature : _____ Date: _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ - _____ Numéro de télécopieur : _____ - _____

Crise cardiaque : Veuillez joindre des copies des résultats d'ECG de la journée où est survenue la crise cardiaque, qui confirment une nouvelle crise cardiaque, en plus des résultats de laboratoire démontrant une élévation des marqueurs cardiaques biochimiques ou des enzymes.

Accident vasculaire cérébral : Veuillez joindre des copies de la preuve diagnostique confirmant un diagnostic d'ACV et décrivant les déficits neurologiques actuels, résultant de l'ACV, qui sont présents depuis plus de 30 jours et sont considérés permanents.

Cancer : Veuillez joindre des copies de la preuve diagnostique pour confirmer la présence d'un néoplasme malin, y compris le rapport de pathologie initial.

Paralysie : Veuillez joindre des observations neurologiques détaillées permettant de clarifier l'étendue de la paralysie. Il est à noter que la paralysie doit durer pendant au moins 180 jours consécutifs.

Pontage aortocoronarien : Veuillez joindre un rapport opératoire ou de sortie confirmant le pontage aortocoronarien.

Cécité : Veuillez joindre une preuve médicale d'un ophtalmologiste démontrant une perte de vision permanente et irréversible des deux yeux et contenant des précisions quant à l'acuité visuelle et au champ de vision.

Surdité : Veuillez joindre une preuve médicale d'un oto-rhino-laryngologiste démontrant une perte d'audition permanente dans les deux oreilles et des copies des audiogrammes.

Coma : Veuillez joindre une preuve médicale d'un neurologue clarifiant le niveau de conscience. Il est à noter que le coma doit durer pendant au moins 96 heures consécutives.

Maladie terminale : Veuillez joindre des précisions médicales concernant l'état de santé du patient permettant de conclure que son espérance de vie est de moins de 12 mois à partir de la date du diagnostic.

** À noter : Les polices émises après le mois de juin 2011 ne prévoient aucune protection à l'égard de ces maladies graves. Reportez-vous à votre attestation d'assurance pour confirmer votre protection.*

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :

Demandes de règlement, Assurance créances
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
CP 158 Succursale M
Halifax NS B3J 3V2

Téléphone : 1 800 387-2671 Télécopieur : 1 902 423-8169 ou 1 844 223-2766