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 :

  Service de l'assurance créances
  La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
  330, avenue University
  Toronto ON M5G 1R8
  Télécopieur: 416.552.6557 ou 1.844.870.1076
  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.

328-LI CAN(F)-11/25

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

canada vie MC

Protection hypothécaire ou protection Ligne de crédit Scotia Demande de règlement

Banque Scotia MD

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 credit Numéro de réference	Solde de la marge de créditg
		$				$
		$				$
		$				$

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.

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

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 ☐ Accident

Endroit 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 ☐ Passager

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

Est-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 :

☐ Commission des accidents du travail ☐ RPC/RRQ

☐ Autre régime public (CAEC, etc.) ☐ 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 : _____

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

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 :

Service de l'assurance créances
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
330, avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Télécopieur: 416.552.6557 ou 1.844.870.1076
Courriel : HalifaxCreditor@canadalife.com

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-VIE

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN

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

Prénom de la personne décédée : _____ Nom de famille de la personne décédée : _____

Date de naissance : _____ (JJ-MM-AA) Date du décès : _____ (JJ-MM-AA)

Type de décès : ☐ Accident ☐ Suicide ☐ Homicide ☐ Mort naturelle

Quelle était la cause immédiate du décès? _____

Veuillez indiquer la date **exacte** à laquelle la cause de décès a été diagnostiquée. _____ (JJ-MM-AA)

Quelle était la cause sous-jacente du décès, si elle diffère de celle indiquée ci-dessus? _____

Veuillez indiquer la date **exacte** à laquelle la cause sous-jacente du décès a été diagnostiquée. _____ (JJ-MM-AA)

Si le décès est le résultat d'un accident de véhicule motorisé, la personne décédée était-elle le conducteur ou le passager? _____

Si la personne décédée était le conducteur, veuillez inclure une copie du rapport de toxicologie.

Si la cause du décès est inconnue, est-ce qu'un examen du coroner ou une autopsie a été réalisé? ☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative, veuillez inclure le rapport du coroner

Commentaires du médecin : _____

Nom du médecin : _____ (En caractères d'imprimerie) Signature : _____

Adresse : _____

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

Date : _____

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :

Service de l'assurance créances
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
330, avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Télécopieur: 416.552.6557 ou 1.844.870.1076
Courriel : HalifaxCreditor@canadalife.com