

## Banque Scotia

### Protection Prêt Scotia – Trousse de demande de règlement

---

#### Important :

Avant de présenter votre demande pour examen, veuillez vous reporter au certificat d'assurance pour la Protection Prêt 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 Prêt 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 en cas de perte d'emploi :** Veuillez vous assurer de fournir le Relevé d'emploi qui a été soumis à Développement des ressources humaines Canada ainsi qu'une preuve de réception de prestations d'assurance-emploi. Si votre demande de règlement est acceptée, vous devrez continuer de fournir des preuves de réception de prestations d'assurance-emploi durant le processus d'indemnisation.

**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 fournisseur 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.

- En ce qui a trait aux garanties d'assurance maladies graves, d'assurance en cas de perte d'emploi ou d'assurance invalidité, si la demande est approuvée, les prestations sont payables à la Banque Scotia et sont exigibles après une période d'attente de 60 jours, après laquelle les prestations sont rétroactives à la date de début visée par la demande de règlement. Veuillez noter que chaque type de protection est assujéti à une période d'indemnisation viagère maximale de 12 mois.
- 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  
Courriel : [HalifaxCreditor@canadalife.com](mailto:HalifaxCreditor@canadalife.com)

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



**TYPE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT :**

Assurance-vie / maladie terminale     Invalidité     Maladie grave     Perte d'emploi

**NUMÉRO DE POLICE : 60335**

Numéro du prêt	Solde impayé	Versement mensuel au titre du prêt assuré

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

M.     M<sup>me</sup>

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

Adresse postale : \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue)

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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)**

M.     M<sup>me</sup>

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 DE PERTE D'EMPLOI :  
(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)**

Veillez fournir la liste de tous les employeurs pour lesquels vous avez travaillé au cours des six (6) mois précédant votre mise à pied, ainsi que les périodes d'emploi et le nombre d'heures travaillées chaque semaine : (Joignez une feuille si vous avez besoin de plus d'espace.)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Date de début \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_\_\_ Total des heures travaillées chaque semaine \_\_\_\_\_  
(jj-mm-aaaa) (jj-mm-aaaa)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Date de début \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_\_\_ Total des heures travaillées chaque semaine \_\_\_\_\_  
(jj-mm-aaaa) (jj-mm-aaaa)

- Veuillez également joindre à votre Demande de règlement et à la Déclaration de l'employeur une copie du relevé d'emploi soumis à Développement des ressources humaines Canada et une copie de tout relevé de prestations d'assurance-emploi que vous avez reçu jusqu'à présent.

**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.

M.  M<sup>me</sup>

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 fournisseur 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  
Courriel : [HalifaxCreditor@canadalife.com](mailto:HalifaxCreditor@canadalife.com)



## DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-VIE

### DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN

(LES FRAIS 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-aaaa) Date du décès : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

Type de décès :  Accident  Suicide  Homicide  Mort naturelle

Quelle était la cause immédiate du décès? \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la date **exacte** à laquelle la cause du décès a été diagnostiquée. \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

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-aaaa)

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 fournir une copie du rapport du coroner.

Commentaires du médecin : \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**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  
Courriel : [HalifaxCreditor@canadalife.com](mailto:HalifaxCreditor@canadalife.com)

### DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE TERMINALE AU VERSO

## DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE TERMINALE

### DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN

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

Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Nom de famille du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Maladie terminale diagnostiquée : \_\_\_\_\_

Date exacte du premier diagnostic : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

1. L'espérance de vie du patient est-elle de moins de 12 mois à la date du diagnostic?  Oui  Non
2. Le patient a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non

#### Pièces jointes :

- Copie des dossiers médicaux se rapportant à la maladie terminale.
- Copie du formulaire d'admission à l'hôpital et du sommaire de congé s'ils sont disponibles, dans le cas d'une réponse affirmative à la question 2.

Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
(En caractères d'imprimerie)

Signature : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**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  
Courriel : [HalifaxCreditor@canadalife.com](mailto:HalifaxCreditor@canadalife.com)

### DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE-VIE AU RECTO