

# Demande de règlement au titre de l'assurance contre les maladies graves pour marge de crédit – Assurance-crédit – Contrat n° 57904

**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
--------------------------------------

**Quels renseignements sont requis dans le cas d'une demande de règlement au titre de l'assurance contre les maladies graves?**

**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 créancier dûment remplie et signée
- Déclaration du médecin traitant\* dûment remplie et signée

\* Vous devez remplir l'autorisation du patient figurant dans la Déclaration du médecin traitant. Votre médecin doit remplir la Déclaration du médecin traitant en fournissant le plus de renseignements possible. La Déclaration du médecin traitant doit vous être immédiatement remise pour que vous la joigniez à votre demande de règlement.

**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.**

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

**À noter :**

- L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 180 jours qui suivent la date du diagnostic.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge.
- La Déclaration du médecin traitant doit être remplie par un médecin ou un spécialiste qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.
- 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 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 du début de la maladie grave. 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 contre les maladies graves 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"/> Femme	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du diagnostic (jj-mm-aaaa)	Numéro de téléphone	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou unité
Ville		Province	Code postal

### 2 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 <b>91052</b>	
Veuillez vous reporter à l'écran « <i>Données du prêt</i> » pour remplir cette section.	
Limite autorisée \$	
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 \$
Solde actuel \$	
Situation relative à l'assurance contre les maladies graves 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 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 <b>91052</b>	
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)
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)	Options de couverture – pourcentage Maladie grave _____ %
Pourcentage des versements couverts en cas de maladie grave %	
Solde actuel \$	
Situation relative à l'assurance contre les maladies graves 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) - -
---------------------------------	--------------------------



## 2 Renseignements sur la maladie grave (suite)

Avez-vous déjà souffert d'une affection similaire ou connexe ou reçu un traitement à ce sujet?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et donner des précisions.

## 3 Consultations médicales

Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin personnel.

Prénom	Nom de famille	Spécialité
Adresse (numéro et rue)	Numéro de téléphone - -	Bureau ou unité
Ville	Province	Code postal

Depuis combien de temps ce médecin vous fournit-il des soins?

Veuillez indiquer tous les autres médecins ou spécialistes consultés pour cette maladie.

Prénom	Nom de famille	Spécialité	
Adresse (numéro et rue)	Numéro de téléphone - -	Bureau ou unité	
Ville	Province	Code postal	Date de la première visite (jj-mm-aaaa) - -

Prénom	Nom de famille	Spécialité	
Adresse (numéro et rue)	Numéro de téléphone - -	Bureau ou unité	
Ville	Province	Code postal	Date de consultation (jj-mm-aaaa) - -

Si vous avez été traité dans un hôpital ou un établissement analogue, veuillez donner les précisions suivantes.

Nom de l'hôpital	Ville
Date d'admission (jj-mm-aaaa) - -	Date de sortie (jj-mm-aaaa) - -

Quels traitements recevez-vous actuellement ou quels autres traitements avez-vous reçus pour cette affection (par exemple, médicaments, thérapie, etc.)?

Type de traitement	
Établissement médical/Médecin traitant	Date (jj-mm-aaaa) - -

Type de traitement	
Établissement médical/Médecin traitant	Date (jj-mm-aaaa) - -

### 3 Consultations médicales (suite)

Veillez indiquer le nom et l'adresse de tout autre médecin vous ayant traité au cours des trois dernières années.

Prénom	Nom de famille	Spécialité	
Adresse (numéro et rue)			Bureau ou unité
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone - -

Prénom	Nom de famille		Spécialité	
Adresse (numéro et rue)			Bureau ou unité	
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone - -	Numéro de télécopieur - -

### 4 Renseignements généraux

Est-ce que des membres de votre famille immédiate (mère, père, frères ou sœurs) ont déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans : cancer, tumeur, maladie du cœur, diabète ou maladie des reins?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic
-----------------	----------------------	---------------------------

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic
-----------------	----------------------	---------------------------

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic
-----------------	----------------------	---------------------------

Bénéficiez-vous d'une couverture individuelle contre les maladies graves auprès de la Sun Life ou d'une autre compagnie?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

Nom de l'assureur	Numéro de contrat	Une demande de règlement a-t-elle déjà été présentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------------------	-------------------	--

À l'heure actuelle, recevez-vous des prestations d'invalidité de courte ou de longue durée de la Sun Life ou avez-vous présenté une demande à cet effet?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

Numéro de contrat	Numéro de certificat
Prénom du gestionnaire de dossiers	Nom du gestionnaire de dossiers

Veuillez nous fournir tout autre renseignement que vous croyez utile à l'étude de votre demande de règlement.	

## 5 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. 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) - -
-----------------------------	--------------------------

## 6 Protection des renseignements personnels

Nous sommes responsables de tous les renseignements personnels que nous possédons, y compris ceux qui ont été communiqués à un mandataire ou à un tiers fournisseur de services pour nous permettre de fournir au participant un produit ou un service. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires et réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Tous ces intervenants, qu'ils se trouvent ou non au Canada, sont tenus d'assurer, d'une manière qui reste conforme à nos principes directeurs et pratiques en matière de protection des renseignements personnels, la protection du caractère confidentiel des renseignements personnels.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel ([responsableprotectionvieprivee@sunlife.com](mailto:responsableprotectionvieprivee@sunlife.com)) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

## Déclaration du médecin traitant – Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

**L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 180 jours qui suivent la date du diagnostic.**

### Instructions

- Pour assurer le caractère confidentiel de votre déclaration, veuillez l'envoyer directement à l'adresse suivante : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, Assurance-crédits – Demandes de règlement invalidité, C. P. 100, succ. C, Kitchener ON N2G 3W9.
- Les honoraires exigés pour la rédaction de la présente déclaration sont à la charge du patient.
- L'objet de la déclaration est de nous aider à prendre une décision concernant la maladie grave de la personne. À cette fin, veuillez nous donner suffisamment de précisions sur l'histoire de la maladie, vos observations, votre diagnostic, l'évolution clinique, le traitement prescrit et les résultats obtenus.

### 1 Renseignements sur le patient (Cette section doit être remplie, signée et datée par le patient avant que le médecin remplisse la partie 3 ci-dessous.)

**IMPORTANT :** Veuillez noter qu'il vous incombe de payer les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.

Prénom du patient	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou unité
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone		

### 2 Autorisation du patient et signature

J'autorise mon médecin à recueillir et à utiliser des renseignements qu'il possède à mon sujet, et à les communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires, ses fournisseurs de services et ses réassureurs aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation de ma demande se rapportant au présent régime d'assurance. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur pendant toute la période d'indemnisation.

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

### 3 Renseignements sur le médecin

**Veillez remplir au complet toutes les sections du présent formulaire. Veuillez joindre une copie de tous les résultats d'examen et rapports de consultation pertinents en ce qui a trait à l'affection de votre patient. Il incombe à votre patient de payer les frais engagés pour faire remplir ces formulaires.**

Depuis quand l'assuré est-il votre patient?	Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour cette affection? (jj-mm-aaaa)
Un diagnostic d'infarctus du myocarde a-t-il été posé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, indiquez la date du diagnostic : (jj-mm-aaaa)
Veillez indiquer le nom du cardiologue qui a posé le diagnostic d'infarctus du myocarde, s'il ne s'agit pas de vous.	
Veillez nous indiquer les noms et adresses des autres médecins consultés ou les hôpitaux où le patient a été traité pour cet infarctus du myocarde.	
Veillez nous fournir une description des douleurs thoraciques de l'assuré concernant l'infarctus du myocarde qu'il a subi.	Date à laquelle les douleurs ont commencé à se manifester (jj-mm-aaaa)

### 3 Renseignements sur le médecin (suite)

Veillez nous fournir les modifications de l'ECG au moment de l'infarctus.\*

Veillez nous indiquer le taux des enzymes cardiaques et/ou de troponine, notamment la fraction de la CK-MB et le pourcentage de la CK totale se rapportant à l'infarctus du myocarde de l'assuré.

Quels autres examens ont été effectués? Veillez indiquer les dates et fournir des précisions ou les rapports.

#### \*Fournissez des copies des tracés pertinents se rapportant à l'infarctus du myocarde de l'assuré, si elles sont disponibles

Quand le patient a-t-il présenté les premiers symptômes ou souffert pour la première fois de troubles cardiovasculaires? Veillez donner des précisions et indiquer les dates (jj-mm-aaaa)

Veillez décrire (en indiquant notamment les dates pertinentes) les symptômes ainsi que les affections prédisposantes ou les facteurs de risque associés aux troubles cardiovasculaires que présentait le patient, le cas échéant.

Y a-t-il des cas de troubles cardiovasculaires ou cérébrovasculaires dans la famille du patient?  Oui  Non  
Veillez donner des précisions.

Veillez nous fournir tout autre renseignement que vous jugez pertinent pour notre étude de la demande de règlement présentée par votre patient.

Veillez fournir des copies des résultats d'examens et des rapports de consultation, y compris une copie des renseignements suivants :

- A) ECG faisant état de l'infarctus du myocarde
- B) Taux des enzymes cardiaques, c.-à-d. CK-MB, troponine I ou troponine T faisant état de cet infarctus du myocarde
- C) Tous les résultats d'ECG et le dosage des enzymes cardiaques, les rapports de consultation et les rapports de sortie
- D) Rapports de tous les autres examens cardiaques effectués tels qu'une coronarographie, une échocardiographie, etc.

### 4 Autorisation du médecin et signature

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts.

Prénom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Nom de famille	Spécialité
Adresse (numéro et rue)		Bureau ou unité
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	
Signature du médecin X	Date (jj-mm-aaaa)	