

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 invalidité?
Liste de contrôle :

- Déclaration de la banque dûment remplie
- Déclaration du demandeur dûment remplie et signée
- Déclaration de l'employeur dûment remplie
- Déclaration du médecin traitant* dûment remplie et signée**
- Copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance-crédit se rapportant à la présente demande de règlement.

* Vous devez remplir l'autorisation du participant 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.

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 dûment remplis. Pour éviter les retards, veuillez vous assurer que les formulaires sont remplis en entier 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 évalue les renseignements contenus dans les déclarations, détermine si vous êtes incapable de travailler et établit une date de retour au travail appropriée. Notre décision est fondée sur la gravité de vos symptômes et la nature de votre travail.

Veuillez envoyer votre demande à : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Assurance-crédits – Demandes de règlement invalidité
CP 100 Succ C
Kitchener ON N2G 3W9

À noter :

- L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.
- Aucune prestation n'est payable durant le délai de carence.
- 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 qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.
- Si votre état de santé s'améliore ou s'aggrave, vous devez en informer immédiatement la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.
- Il vous incombe d'informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de votre date de retour au travail.
- 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 vos versements hypothécaires.
- 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 de la banque

Instructions

- La présente déclaration doit être remplie par un représentant de la succursale.
- Joignez une copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance hypothécaire se rapportant à la présente demande de règlement.
- Lorsque la Déclaration de la banque est dûment remplie, remettez au client l'ensemble du dossier de règlement.
- Demandez au client d'envoyer tous les documents du dossier de demande de règlement dûment remplis directement à la Sun Life.

1 Renseignements sur l'assuré

Prénom		Nom de famille		<input type="checkbox"/> M ^{lle}	<input type="checkbox"/> M.	Langue		<input type="checkbox"/> Français
				<input type="checkbox"/> M ^{me}				<input type="checkbox"/> Anglais
Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Date du début de l'invalidité (jj-mm-aaaa)		Numéro de téléphone				
Adresse (numéro et rue)							Appartement ou bureau	
Ville							Code postal	

2 Renseignements sur le prêt hypothécaire

Numéro du prêt hypothécaire		Date d'effet de l'assurance (jj-mm-aaaa)	
Numéro du compte de prélèvement des versements hypothécaires			
Numéro d'établissement		Numéro de succursale	Numéro de compte
Ce prêt hypothécaire est-il : <input type="checkbox"/> nouveau <input type="checkbox"/> refinancé – S'il s'agit d'un refinancement, le prêt a-t-il déjà été assuré? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> préétabli – Dans l'affirmative, quelle est la date de conclusion (jj-mm-aaaa) _____			
Versement hypothécaire à la date du début de l'invalidité		Primes en vigueur à la date du début de l'invalidité	
_____ \$		Invalidité _____ \$ Vie _____ \$ Maladies graves _____ \$ Perte d'emploi _____ \$	
<input type="checkbox"/> Mens. <input type="checkbox"/> Hebd.		<input type="checkbox"/> Mens. <input type="checkbox"/> Hebd. <input type="checkbox"/> Mens. <input type="checkbox"/> Hebd. <input type="checkbox"/> Mens. <input type="checkbox"/> Hebd. <input type="checkbox"/> Mens. <input type="checkbox"/> Hebd.	
<input type="checkbox"/> Aux 2 sem. <input type="checkbox"/> Bimens.		<input type="checkbox"/> Aux 2 sem. <input type="checkbox"/> Bimens. <input type="checkbox"/> Aux 2 sem. <input type="checkbox"/> Bimens. <input type="checkbox"/> Aux 2 sem. <input type="checkbox"/> Bimens. <input type="checkbox"/> Aux 2 sem. <input type="checkbox"/> Bimens.	
Date d'échéance du dernier versement (jj-mm-aaaa)		Pourcentage du paiement couvert	Situation relative à la couverture
		<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Non admissible <input type="checkbox"/> Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> En attente

3 Coemprunteur assuré

Nom de famille	Prénom	Nom de famille	Prénom
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

4 Renseignements sur le créancier

Prénom		Nom de famille	
Numéro de téléphone — —	Numéro de succursale		Date (jj-mm-aaaa) — —

Je suis un représentant autorisé de la Banque de Montréal et j'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts.

Signature du prêteur X	Titre
---------------------------	-------

Déclaration de l'employeur

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité. À remplir par le demandeur s'il est un travailleur autonome.

1 Renseignements sur le salarié

Prénom		Nom de famille	
Adresse du salarié (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Premier jour de service du salarié (jj-mm-aaaa) - -		Dernier jour de travail prévu du salarié (jj-mm-aaaa) - -	Dernier jour travaillé par le salarié (jj-mm-aaaa) - -

2 Précisions sur l'emploi

1. Raison de l'arrêt de travail? Vacances Mise à pied Absence autorisée Invalidité
 Autre (précisez) _____

2. **OU**

3. Si l'invalidité résulte d'un accident, avez-vous présenté le rapport de l'accident à la CSPAAT ou à la CSST? Oui Non

4. Quelles étaient les fonctions du salarié lorsqu'il a cessé de travailler?

5. S'agit-il d'un emploi à plein temps? à temps partiel? saisonnier?
 Nombre d'heures travaillées par semaine _____
 S'il s'agit d'un emploi saisonnier, inscrivez les dates indiquant la durée des services :
Du **au**

6. Depuis combien de temps le salarié occupait-il ce poste? La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie a besoin d'une copie de la description du poste du salarié. S'il n'existe pas de description de poste, veuillez énumérer les tâches essentielles que ce dernier accomplit.

7. Indiquez les dates des congés de maladie ou des périodes de mise à pied du salarié comprises dans les douze mois qui ont précédé le début de l'invalidité et donnez des précisions à ce sujet.

8. Si les fonctions du salarié ont changé dans les douze mois qui ont précédé son arrêt de travail, décrivez les fonctions exercées antérieurement et précisez la raison et la date du changement.

3 Attestation et signature

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques compte tenu des dossiers de l'entreprise.

Nom du signataire autorisé (en caractères d'imprimerie)	Titre		
Nom de l'employeur	Numéro de téléphone — —	Numéro de télécopieur — —	
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Signature du signataire autorisé X			Date (jj-mm-aaaa) — —

Déclaration du demandeur

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.

Instructions

- Vous devez répondre à toutes les questions de la Déclaration du demandeur.
- Assurez-vous d'inscrire ci-dessous le numéro de votre prêt hypothécaire.
- Veillez à signer et à dater l'autorisation du demandeur.
- Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.
- Il vous incombe d'informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de votre date de retour au travail.
- Remplissez la présente déclaration en entier et retournez-la à la Sun Life.

1 Renseignements sur le demandeur					
Prénom		Nom de famille			
Adresse (numéro et rue)					
Ville			Province		Code postal
Date de naissance (jj-mm-aaaa)		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro de téléphone <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Domicile	
Numéro de la succursale		Numéro du prêt hypothécaire		Versement hypothécaire actuel \$	
				Périodicité des versements <input type="checkbox"/> Mensuels <input type="checkbox"/> Hebdomadaires <input type="checkbox"/> Bimensuels <input type="checkbox"/> Aux deux semaines	

2 Précisions sur l'invalidité

1. a) À votre connaissance, quelle est la nature de votre maladie?

b) Quel traitement suivez-vous actuellement (médicaments, diète, conseils, physiothérapie)?

c) Expliquez en quoi votre état de santé vous empêche de travailler ou d'exercer les tâches inhérentes à votre profession.

d) À quelle date avez-vous constaté les premiers symptômes reliés à votre maladie ou à votre blessure?

Date (jj-mm-aaaa)

e) À quelle date avez-vous consulté pour la première fois un médecin pour votre maladie ou votre blessure actuelle?

Date (jj-mm-aaaa)

2. a) Si c'est un accident qui a causé votre invalidité, où est-il survenu?

- À la maison Au travail Ailleurs (précisez)? _____

Date de l'accident

Date (jj-mm-aaaa)

b) Comment l'accident est-il survenu?

S'il s'agit d'un accident de la route, étiez-vous au volant? Oui Non Dans l'affirmative, joignez, si possible, une copie du rapport de police.

3. Depuis quand êtes-vous incapable, totalement et de façon continue, d'exercer votre profession habituelle?

Date (jj-mm-aaaa)

4. a) Êtes-vous actuellement : retenu à la maison? alité?
 hospitalisé? capable de vous déplacer?

b) Décrivez vos activités quotidiennes.

2 Précisions sur l'invalidité (suite)

4. c) Avez-vous exercé quelque activité rétribuée que ce soit depuis le début de votre invalidité? Oui Non Dans l'affirmative, précisez.

--

- d) Quand comptez-vous pouvoir retourner effectivement au travail à temps plein ou à temps partiel?

Date (jj-mm-aaaa)
- -

- -

5. a) Nom et adresse de tous les médecins qui vous ont soigné pour votre maladie ou votre blessure actuelle.

--

- b) Donnez le nom et l'adresse de tous les médecins qui vous ont soigné au cours des trois dernières années, ainsi que les précisions demandées.

Nature de la maladie ou de la blessure	Dates des visites et des soins (jj-mm-aaaa)	Traitement prescrit (médicaments, diète, etc.)	Nom et adresse des médecins
	- -		
	- -		
	- -		

6. Indiquez, s'il y a lieu, les interventions chirurgicales que vous avez subies pendant vos séjours à l'hôpital.

Type d'intervention chirurgicale	Date de l'intervention (jj-mm-aaaa)	Nom de l'hôpital	Nom du chirurgien
	- -		
	- -		

7. Si la Déclaration du médecin traitant n'est pas annexée à la présente, doit-on conclure que le médecin nous la fera parvenir directement? Oui Non Dans la négative, veuillez préciser.

--

8. Veuillez inscrire les numéros de tous les autres contrats d'assurance collective et individuelle aux termes desquels vous êtes assuré auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

--

3 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 durée de la gestion du régime.

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

4 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. 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) 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

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date du début de l'invalidité.

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, CP 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 établir le degré d'invalidité 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

Prénom du patient	Nom de famille	<input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M ^{me}	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Numéro de téléphone
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville			Province		Code postal

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 service 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 médicaux

1. Histoire de la maladie ou de la blessure

- a) Date d'apparition des symptômes ou date de l'accident : b) Date de l'arrêt de travail pour cause d'invalidité :
- c) Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue? Oui Non Dans l'affirmative, date et description.
- d) S'il en est atteint depuis longtemps, son état s'est-il :
 amélioré? maintenu? légèrement aggravé? considérablement aggravé?
- e) L'affection est-elle attribuable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle? Oui Non Ne sais pas
- f) L'affection est-elle reliée directement ou indirectement à la grossesse? Oui Non Dans l'affirmative, date de l'hospitalisation.
- g) Le patient reçoit-il un traitement pour abus de drogues ou d'alcool ou a-t-il besoin d'un tel traitement? Oui Non
- h) L'affection est-elle attribuable à une blessure que l'assuré s'est infligée ou à une tentative de suicide? Oui Non
- i) L'affection est-elle attribuable à une intervention chirurgicale ou à un traitement non essentiels qui sont effectués à des fins esthétiques ou à titre expérimental? Oui Non

2. Diagnostic (y compris toutes complications)

a)

Diagnostic principal	
Diagnostic secondaire	

3 Renseignements médicaux (suite)

b) Symptômes subjectifs

c) Résultats d'examens (ex. : radiographies, ECG, examens de laboratoire et observations cliniques)

3. Date du traitement

a) Date de la première visite b) Date de la dernière visite

c) Fréquence des visites : hebdomadaires mensuelles autre (précisez) : _____

4. Nature du traitement (y compris toute intervention chirurgicale et prescription de médicaments)

5. Évolution de l'état du patient

a) État du patient Rétablissement complet Pas de changement Amélioration Aggravation

b) Est-il sur pied? alité? retenu à la maison? hospitalisé?

c) Le patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse de l'hôpital.

--

Hospitalisé du au

6. État cardiaque (s'il y a lieu)

a) Capacité fonctionnelle (*American Heart Association*)

Catégorie 1 (aucune restriction) Catégorie 2 (légère restriction)

Catégorie 3 (restriction marquée) Catégorie 4 (restriction complète)

b) Tension artérielle (dernière visite)

Systolique	Diastolique

7. Incapacité physique

Catégorie 1 - Aucune restriction; apte à toute activité physique (de 0 à 10 %)

Catégorie 2 - Légère restriction; travail manuel léger (de 15 à 30 %)

Catégorie 3 - Restriction modérée; travail de bureau ou administratif (sédentaire) (de 35 à 55 %)

Catégorie 4 - Restriction marquée (de 60 à 70 %)

Catégorie 5 - Restriction très marquée; aucune forme de travail (même sédentaire) (de 75 à 100 %)

Observations :

a) Expliquez en quoi l'incapacité physique du patient l'empêche d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle.

b) Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches étaient modifiées? Dans l'affirmative, précisez la nature des tâches qu'il pourrait accomplir et la date à laquelle vous prévoyez qu'il sera en mesure de le faire.

3 Renseignements médicaux (suite)

8. Incapacité mentale ou nerveuse (le cas échéant)

Veillez utiliser la terminologie de la 4^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), en donnant une évaluation multiaxiale et une évaluation globale du fonctionnement (EGF).

Axe 1 (Primaire)	
Axe 2	
Axe 3	
Axe 4	
Axe 5 – EGF : Note actuelle	Note la plus faible de l'année écoulée

En ce qui touche l'EGF, indiquez à partir de quel niveau le patient serait apte à retourner au travail à plein temps. _____

Observations :

a) Expliquez en quoi les restrictions sur le plan psychologique auxquelles le patient est assujéti empêchent celui-ci d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle.

b) Croyez-vous que le patient pourrait retourner au travail si certaines de ses tâches étaient modifiées? Dans l'affirmative, précisez la nature des tâches qu'il pourrait accomplir et la date à laquelle vous prévoyez qu'il sera en mesure de le faire.

9. À votre avis, le patient a-t-il la capacité nécessaire pour endosser des chèques et en utiliser les montants? Oui Non

10. Prognosis

a) Le patient est-il maintenant totalement incapable d'exercer :

sa profession
 Oui Non

un autre travail
 Oui Non

b) Dans la négative, depuis quand le patient est-il en mesure d'exercer :

Date (jj-mm-aaaa)
– –

Date (jj-mm-aaaa)
– –

c) Dans l'affirmative, quand le patient sera-t-il suffisamment rétabli pour pouvoir exercer :

Date (jj-mm-aaaa)
– –

Date (jj-mm-aaaa)
– –

Date indéterminée Jamais Date indéterminée Jamais

d) Pour accélérer l'examen de la demande de prestations d'invalidité qui a été présentée par le patient à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, veuillez fournir les dates des consultations que le patient a effectuées au cours des trois dernières années auprès de vous ou de tout autre médecin pour l'affection dont il est question ici ou toute autre affection.

Date (mm-aaaa)	Antécédents (examens physiques)	Diagnostic	Traitement
–			
–			

e) Veuillez nous fournir des copies des résultats de tests, des dossiers d'hospitalisation, des notes de consultation et des rapports de spécialistes.

f) Veuillez indiquer le nom et l'adresse de tout autre médecin ayant traité ce patient au cours des trois dernières années.

Nom	Spécialité	Adresse	N° de téléphone, télécopieur
			– –
			– –

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	Diplôme	
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone — —	Numéro de télécopieur — —		
Signature du médecin X		Date (jj-mm-aaaa) — —	