

Demande de règlement au titre de l'assurance perte d'emploi hypothécaire Assurance-crédit – Contrat n° 51007

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

Veillez joindre une ou des saisies d'écran des renseignements sur le compte et une copie de tous les formulaires d'adhésion à l'assurance se rapportant à la présente demande de règlement.

Quels renseignements sont requis dans le cas d'une demande de règlement au titre de l'assurance perte d'emploi?

Liste de contrôle :

- ☐ Déclaration de la banque dûment remplie
- ☐ Déclaration du demandeur dûment remplie et signée
- ☐ Déclaration de l'employeur dûment remplie
- ☐ Copie de votre Relevé d'emploi déposé auprès de Ressources humaines et Développement des compétences Canada
- ☐ Lettre d'acceptation de la demande d'assurance-emploi
- ☐ Relevé des prestations d'assurance-emploi
- ☐ Copie du ou des formulaires d'adhésion à l'assurance hypothécaire se rapportant à la présente 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.

Envoyez votre demande à : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Équipe de l'assurance créances – 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 de la perte d'emploi.
- Le versement des prestations commence après l'expiration du délai de carence.
- Les frais engagés pour l'obtention des renseignements présentés à l'appui de votre demande de règlement sont à votre charge.
- 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.

Demande de règlement au titre de l'assurance perte d'emploi hypothécaire Assurance-crédit – Contrat n° 51007

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	☐ M ^{lle} ☐ M. ☐ M ^{me}	Langue ☐ Français ☐ Anglais
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de la perte d'emploi (jj-mm-aaaa)	Numéro de téléphone	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	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 compte	
Ce prêt hypothécaire est-il ☐ nouveau? ☐ refinancé – S'il s'agit d'un refinancement, le prêt a-t-il déjà été assuré? ☐ Oui ☐ Non ☐ préétabli – Dans l'affirmative, quelle est la date de conclusion (jj-mm-aaaa)			
Versement hypothécaire à la date de la perte d'emploi	Primes en vigueur à la date de la perte d'emploi		
\$	Invalidité \$ Vie \$ Assurance contre les maladies graves \$ Perte d'emploi \$ ☐ Mens. ☐ Hebd. ☐ Mens. ☐ Hebd. ☐ Mens. ☐ Hebd. ☐ Mens. ☐ Hebd. ☐ Aux 2 sem. ☐ Bimens. ☐ Aux 2 sem. ☐ Bimens. ☐ Aux 2 sem. ☐ Bimens. ☐ Aux 2 sem. ☐ Bimens.		
Date d'échéance du dernier versement (jj-mm-aaaa)	Pourcentage du paiement couvert Situation relative à la couverture ☐ 50 % ☐ 100 % ☐ Autre ☐ Active ☐ Non admissible ☐ Approuvée ☐ Refusée ☐ 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
---------------------------	-------

Demande de règlement au titre de l'assurance perte d'emploi hypothécaire – Assurance-crédit – Contrat n° 51007

Déclaration du demandeur

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date de la perte d'emploi.

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.
- Veuillez à signer et à dater l'autorisation du demandeur.
- Il vous incombe d'informer la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de votre date de retour au travail.
- Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie.
- 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)	☐ Homme ☐ Femme	Langue ☐ Français ☐ Anglais	Numéro de téléphone ☐ Bureau ☐ Domicile
Numéro de la succursale	Numéro du prêt hypothécaire	Versement hypothécaire actuel \$	Périodicité des versements ☐ Mensuels ☐ Bimensuels ☐ Hebdomadaires ☐ Aux deux semaines

2 Précisions sur l'emploi

Emploi au moment de la perte d'emploi		
Type d'emploi ☐ À temps plein ☐ À temps partiel ☐ Saisonnier ☐ Temporaire	S'il s'agit d'un emploi saisonnier, inscrivez les dates indiquant la durée des services (jj-mm-aaaa) Du : — — au : — —	
Brève description de l'emploi		
Nom de l'employeur (au moment de la perte d'emploi)		
Adresse (numéro et rue)		
Ville	Province	Code postal
Dernier jour travaillé (jj-mm-aaaa)	Date du retour au travail (jj-mm-aaaa)	Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa)

Si vous êtes au service de l'employeur ci-dessus depuis moins de 6 mois, veuillez indiquer :

Nom de l'employeur précédent			
Adresse (numéro et rue)			
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Donnez des précisions sur votre demande d'assurance-emploi (A.-E.) (veuillez inclure une copie de toute correspondance relative à l'A.-E. se rapportant à la présente demande de règlement.)		Date à laquelle vous avez demandé des prestations d'A.-E. (jj-mm-aaaa)	Date d'effet des prestations d'A.-E., si elle est connue (jj-mm-aaaa)

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).

Demande de règlement au titre de l'assurance perte d'emploi hypothécaire – Assurance-crédit – Contrat n° 51007

Déclaration de l'employeur

L'attestation de sinistre doit être présentée dans les 120 jours qui suivent la date de la perte d'emploi.

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

Raison de l'arrêt de travail			☐ Congédiement non motivé	☐ Conflit de travail syndical
			☐ Mise à pied	☐ Grève ou lockout ☐ Autre (précisez) _____
S'il s'agit d'une mise à pied, date à laquelle le salarié a été informé (jj-mm-aaaa)		Date prévue de retour au travail (jj-mm-aaaa)		Date du retour au travail (jj-mm-aaaa)
— —		— —		— —
Fonctions du salarié lorsqu'il a cessé de travailler				
Type de poste				
☐ À temps plein Indiquez le nombre d'heures travaillées par semaine :		☐ À temps partiel Indiquez le nombre d'heures travaillées par semaine :		☐ Saisonnier Dates indiquant la durée des services (jj-mm-aaaa) Du : — — au : — —

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			Date (jj-mm-aaaa)
X			— —