

# Assurance-vie - Assurance-crédit Déclaration de la banque



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - une compagnie de Securian Financial  
Département des Réclamations  
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6  
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca

## Police 83028

### Instructions :

- Ce formulaire doit être rempli par Embark étudiant inc.
- Une fois les formulaires sont remplis, veuillez les retourner à la Première du Canada, la compagnie d'assurance-vie, Service de Réclamations, 25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400, Toronto, ON M2N 6S6

La Première du Canada est l'assureur et s'engage à garder vos informations confidentielles.

### Information du défunt

Nom et prénoms du défunt

Adresse de résidence (rue, ville, province, code postal)

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Date de décès (jj-mm-aaaa)

### Information d'épargne

Identification

Fréquence

Date d'entrée en vigueur de l'assurance (jj-mm-aaaa)

Date du premier dépôt réclamé (jj-mm-aaaa)

Date du dernier dépôt réclamé (jj-mm-aaaa)

Montant réclamé

Dépôts réclamés

Montant par dépôt

\$

\$

Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes.

Représentant autorisé

Titre

Numéro de téléphone

Signature du représentant autorisé

Date de signature (jj-mm-aaaa)

X

# Assurance-vie - Assurance crédit

## Déclaration du représentant autorisé



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - une compagnie de Securian Financial  
Département des Réclamations  
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6  
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca

### Police 83028

Quatre formulaires ou documents sont requis pour commencer le processus de règlement :

- La Déclaration du représentant autorisé, qui doit être remplie par le représentant de la succession de la personne décédée.
- La Déclaration du médecin.
- L'attestation de décès de l'entrepreneur de pompes funèbres OU le certificat de décès.
- La Déclaration de la banque.

#### Renseignements sur la personne décédée

|   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| Nom de famille et prénoms   | Date de naissance (jj-mm-aaaa)  | Date du décès (jj-mm-aaaa) |
| Adresse (rue, ville, province, code postal)   |   |                            |
| Date à laquelle la personne décédée s'est plainte pour la première fois de sa dernière maladie ou en a fait part à quelqu'un (jj-mm-aaaa) | Date à laquelle la personne décédée a consulté un médecin pour la première fois relativement à sa dernière maladie (jj-mm-aaaa) |                            |
| Cause immédiate du décès  | Pays de décès   |                            |

Lieu du décès

Hôpital  Établissement de soins de longue durée  Résidence  Autre

Si le décès est attribuable à un accident, veuillez fournir des précisions

Veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin de famille de la personne décédée :

Nom de famille et prénoms

Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)

Veuillez fournir les noms et adresses de tous les médecins que la personne décédée a consultés et de tous les hôpitaux où elle a reçu des traitements au cours des 5 années qui ont précédé son décès :

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nom de famille et prénoms | Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                                   |
| Nom de famille et prénoms | Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                                   |
| Hôpital                   | Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                                   |

#### Autorisation

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. J'autorise la Première du Canada, compagnie d'assurance-vie, le ou les gestionnaires du régime ainsi que leurs conseillers et leurs fournisseurs de services, à recueillir et à utiliser des renseignements au sujet \_\_\_\_\_ de (l'assuré) qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à la couverture d'assurance, et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents en ce qui a trait à la demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les agences gouvernementales, les régies provinciales de l'assurance maladie, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. Je reconnais que les renseignements qui ont trait à la demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification. Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide jusqu'à ce que l'évaluation de la demande de règlement prenne fin.

|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
| Nom du représentant autorisé de la personne décédée  | Lien avec la personne décédée (ex. proche par) |                   |
| Adresse (numéro de rue, ville, province, code postal)  |  |                   |
| Si vous souhaitez que la Première du Canada vous envoie des courriels, veuillez nous fournir votre adresse courriel ci-dessous. La Première du Canada vous contactera par courriel sécurisé. |  |                   |
| <b>Signature du représentant autorisé</b><br>X   | Numéro de téléphone                            | Date (jj-mm-aaaa) |
| Adresse courriel   |  |                   |

### Comment soumettre vos formulaires remplis

Vous avez plusieurs façons de nous soumettre vos formulaires de réclamation dûment remplis, ainsi que toute autre information à l'appui de votre réclamation. Pour toutes les options, à l'exception du courrier, vous pouvez conserver les copies originales pour vos dossiers.



Vous pouvez envoyer vos formulaires de réclamation d'invalidité directement à la Première du Canada par courriel [creditor.claims@canadianpremier.ca](mailto:creditor.claims@canadianpremier.ca). Veuillez noter que même si Première du Canada utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité du contenu des courriels qu'elle envoie et reçoit, la confidentialité ou la sécurité des communications par courriel ne peuvent être garanties.



Vous pouvez faxer vos formulaires de réclamation remplis au numéro qui apparaît ci-dessous. Si vous n'êtes pas en mesure de faxer ces informations, vous pouvez les poster à l'adresse appropriée.

Télécopieur : 1-866-748-8486

Canadian Premier Life Insurance Company  
25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400  
Toronto, ON M2N 6S6



Pour toute question concernant votre réclamation, veuillez appeler la Première du Canada.

Téléphone : 1-877-271-8713

### Remarques importantes

- Dans le cas des décès qui surviennent en dehors de l'Amérique du Nord, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si des documents supplémentaires sont exigés.
- La Première du Canada, compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous si elle a besoin de renseignements supplémentaires pour terminer l'étude de votre demande.
- La demande de règlement doit être présentée dans les délais suivants
- Pour toutes les provinces et tous les territoires sauf le Québec, aussitôt que possible, mais au maximum dans l'année qui suit la date du décès.
- Pour les résidents du Québec, aussitôt que possible, mais au maximum dans les trois ans qui suivent la date du décès.
- Les frais engagés pour obtenir les preuves requises pour la demande de règlement sont à la charge du représentant qui présente la demande.
- Veuillez conserver dans vos dossiers une copie des documents de la demande de règlement.

### Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux, MIB, LLC (« MIB »), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements

## **Protection des renseignements personnels (suite)**

personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : <http://www.canadianpremier.ca/fr/vie-privee/>.

# Assurance-vie - Assurance-crédit Déclaration du médecin



La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada - une compagnie de Securian Financial  
Département des Réclamations  
25 Sheppard Ave. W, Suite 1400, Toronto, ON M2N 6S6  
1-877-271-8713 • Télécopieur 1-866-748-8486 • creditor.claims@canadianpremier.ca

## Police 83028

### Instructions :

- Retournez le présent formulaire rempli au représentant autorisé.
- Tous frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du représentant autorisé.

### Renseignements sur la personne décédée

|  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| Nom de famille et prénoms de la personne décédée |  | Date de naissance (jj-mm-aaaa) |
| Date du décès (jj-mm-aaaa)                       | Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois au sujet de l'affection ayant causé le décès (jj-mm-aaaa) |                                |
| Cause directe du décès                           | Date du diagnostic (jj-mm-aaaa)  |                                |
| Cause secondaire du décès                        | Date du diagnostic (jj-mm-aaaa)  |                                |

Le décès est-il dû à

Des causes naturelles  Un suicide  Un accident  Un homicide Précisez :

Est-ce que la consommation d'alcool ou l'usage de drogues a contribué au décès?

Oui  Non Si oui, donnez des précisions ci-dessous.

Avez-vous traité ou donné conseil à la personne décédée au cours des 5 dernières années?

Oui  Non Si oui, donnez des précisions ci-dessous.

| Maladie ou affection | Dates de traitement |
|----------------------|---------------------|
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |
| Maladie ou affection | Dates de traitement |

**\*\*Voir verso de la page\*\***

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été soignée par un autre médecin ou professionnel de la santé ou traitée dans un hôpital ou un établissement médical au cours des 5 dernières années?

Oui  Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : (utilisez des feuilles distinctes au besoin)

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nom de famille et prénoms | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                         |
| Nom de famille et prénoms | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                         |
| Nom de famille et prénoms | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                         |
| Nom de famille et prénoms | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                         |
| Hôpital                   | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                         |
| Hôpital                   | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                         |
| Hôpital                   | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                         |
| Hôpital                   | Adresse (rue, ville, province, code postal) |
| Maladie ou affection      | Dates de traitement                         |

### Signature du médecin

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

Nom de famille et prénoms du médecin

|   |                     |                       |
|---|---------------------|-----------------------|
| Spécialité                                  | Numéro de téléphone | Numéro de télécopieur |
| Adresse (rue, ville, province, code postal) |                     |                       |

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| <b>Signature du médecin</b><br>X | <b>Date (jj-mm-aaaa)</b> |
|----------------------------------|--------------------------|