

Banque Scotia

Demande de prestation de décès

Demande de prestation de décès – Assurance créances

Lors de la réception de votre demande de prestation par la Canada-Vie, votre dossier sera attribué à un spécialiste des demandes de règlement, lequel passera en revue les renseignements fournis. Il ou elle pourra également demander de plus amples renseignements, le cas échéant, et déterminer si votre demande peut être acceptée ou non.

Afin que votre demande puisse être traitée dans les plus brefs délais, il est très important que le formulaire de demande de prestation soit dûment rempli et que tous les renseignements nécessaires soient annexés. Aucune décision relative à la demande de prestation ne peut être prise sans que le spécialiste des demandes de règlement ait reçu tous les renseignements nécessaires et les ait passés en revue.

Pour toute question à l'égard de la présente demande de prestation, nous vous invitons à communiquer avec un représentant de notre service à la clientèle, au numéro sans frais 1 800 387-2671.

Directives générales :

1. Veuillez dûment remplir toutes les sections du formulaire de demande, à l'exception des sections relatives aux renseignements sur le prêt personnel et sur le prêteur, avant de présenter votre demande à la Canada-Vie.
2. Veuillez vous assurer que vous avez apposé votre signature et la date courante sur le formulaire de demande.
3. Veuillez soumettre votre demande à la Canada-Vie en l'envoyant par la poste dans l'enveloppe-réponse fournie à cet effet, ou par télécopieur au (416) 552-6557.

Veuillez fournir les renseignements sur la personne décédée.

Veuillez fournir les renseignements sur le type de prêt et sur le numéro de groupe.

Cette section doit être dûment remplie par le représentant autorisé de la personne décédée (parent proche, exécuteur testamentaire, etc.).

Veuillez fournir des renseignements sur le médecin généraliste de la personne décédée.

Renseignements sur la personne décédée			
Nom de la personne décédée Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom	Prénom	Autres prénoms
Adresse de la personne décédée : (numéro et rue)			Date de naissance (J/M/A)
Ville	Province	Code postal	Date du décès (J/M/A)
Précisions à l'égard du prêt personnel (Veuillez joindre des exemplaires supplémentaires du formulaire de demande si plus de trois prêts personnels ont été octroyés à la personne décédée.)			
Type de prêt. Veuillez préciser : Prêt hypothécaire, prêt personnel, prêt commercial, Ligne de crédit Scotia :	Prêt n° 1	Prêt n° 2	Prêt n° 3
N° du prêt hypothécaire, du prêt personnel, du prêt commercial ou de la Ligne de crédit Scotia :			
Déclaration du représentant autorisé de la personne décédée			
<p>En apposant votre signature dans la présente section, vous autorisez La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie à obtenir, recueillir et échanger des renseignements personnels pertinents que toute agence de renseignements personnels ou agence d'enquêteurs, tout autre assureur, tout médecin et toute institution possède à l'égard de la personne assurée. Vous autorisez également toute personne ayant prodigué des traitements médicaux pour le compte de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie à fournir et à échanger des renseignements personnels à mon égard qui sont nécessaires à l'évaluation d'une demande présentée au titre d'un contrat d'assurance souscrit par l'entremise de la Banque Scotia.</p> <p>Vous autorisez également tout médecin, tout hôpital, toute clinique, tout dispensaire, tout sanatorium, tout pharmacien, tout employeur et toute autre agence à transmettre à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie une copie des dossiers médicaux et d'emploi qu'ils possèdent sur l'assuré décédé afin d'évaluer toute demande présentée au titre d'un contrat d'assurance souscrit par l'entremise de la Banque Scotia.</p> <p>Enfin, vous reconnaissez qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.</p>			
Lien avec la personne assurée (par exemple, proche parent, exécuteur testamentaire, etc.) :			
Nom du représentant autorisé de la personne décédée :	Nom	Prénom	Autres prénoms
Adresse (numéro et rue)			
Ville	Province	Code postal	
N° de téléphone ()	N° de télécopieur ()		
Signature du représentant autorisé			Date J J M M A A
Médecin généraliste de la personne décédée			
Nom du médecin généraliste de la personne décédée	Nom	Prénom	Autres prénoms
Adresse du médecin (numéro et rue)			
N° de téléphone ()	N° de télécopieur ()		

Demande de prestation de décès – Assurance créances (page 2)

Le médecin traitant de la personne décédée doit dûment remplir la présente section.

La présente section doit être dûment remplie par le médecin traitant

Nota : Il incombe au demandeur d'assumer tous les frais exigés par le médecin pour remplir ce formulaire.

Nom de la personne décédée		Nom		Prénom		Autres prénoms																	
Date de naissance		Date d'établissement du diagnostic		Date du premier traitement relatif à l'affection ayant causé son décès		Date du dernier traitement		Date du décès															
J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A
Cause principale du décès :																							
Cause secondaire du décès :																							
Le décès est-il lié à un <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> suicide? (Veuillez cocher la case appropriée et fournir des renseignements supplémentaires à cet égard.)																							
Une enquête a-t-elle été menée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de l'enquêteur et les conclusions tirées de l'enquête.																							
Veuillez indiquer toutes les affections pour lesquelles vous avez traité la personne décédée au cours de la période de 24 mois précédant le :								Date d'entrée en vigueur de l'assurance															
								J	M	A													
Date		Diagnostic posé			Traitement prescrit			Type de chirurgie															
Nom et adresse de tout médecin ayant reçu la personne décédée en consultation au cours de la période susmentionnée. Si aucun médecin n'a reçu la personne décédée en consultation au cours de cette période, veuillez le mentionner.																							
Nom et adresse								Spécialité															
1.																							
2.																							
Nom du médecin								Spécialité															
Adresse (numéro et rue)																							
Ville				Province				Code postal															
N° de téléphone ()						N° de télécopieur ()																	
Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements susmentionnés sont exacts et complets.								Date															
Signature								J	J	M	M	A	A										
Adresse pour l'envoi des formulaires de demande de prestation																							
Veuillez envoyer les documents dûment remplis à l'adresse suivante :						LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE, SERVICE DES RÉGLEMENTS, ASSURANCE CRÉANCES PO Box 158 Stn M Halifax NS B3J 3V2 Courriel: halifaxcreditor@canadalife.com N° de tél. sans frais : 1 800 387-2671 N° de télécopieur : (902) 423-8169																	

Renseignements sur le médecin ayant rempli la présente section.

Nota : À moins d'indication contraire, le terme «prêt» signifie tout prêt personnel, tout prêt commercial, tout prêt hypothécaire ou toute Ligne de crédit Scotia.