

# Le traitement de votre réclamation

Étape par étape



# Table des matières

Les étapes de votre réclamation .....	05
---------------------------------------	----

## Étape 1

› Ce que vous devrez nous faire parvenir .....	05
--	----

## Étape 2

› Validation et vérification .....	08
------------------------------------	----

## Étape 3

› Décision ou poursuite de l'étude du dossier .....	09
› Le vocabulaire des réclamations d'assurance .....	10
› Questions et réponses .....	12
› Des millions versés chaque année .....	14
› À votre service! .....	14
› En désaccord avec une décision prise dans le cadre de votre réclamation? .....	15

## Ce que vous devez savoir...

### **Maintenant que vous soumettez une réclamation**

Il y a quelque temps, vous (ou la personne défunte pour laquelle vous réglez la succession) avez pris la bonne décision d'adhérer à une assurance pour votre tranquillité d'esprit et celle de vos proches. La situation actuelle vous amène maintenant à prendre avantage de cette assurance.

S'il s'agit de la première fois que vous effectuez une demande de prestations, vous avez peut-être quelques interrogations concernant les étapes à venir dans le traitement de votre demande.

Le présent document vous permettra rapidement de mieux comprendre le processus de traitement de votre réclamation. Ainsi, vous trouverez dans cette brochure :

- › une description des documents à fournir selon le type de réclamation;
- › les étapes de l'étude d'une demande de prestations;
- › un lexique de termes couramment utilisés;
- › des réponses aux questions les plus fréquemment posées lors de réclamations.

Nous vous suggérons aussi de revoir les restrictions et exclusions décrites dans votre certificat ou police d'assurance et ainsi de vous assurer que votre situation vous donne droit à des prestations.

De plus, nous devons recevoir les documents relatifs à votre demande de réclamation à l'intérieur de certains délais afin que celle-ci puisse être considérée.

Ces délais sont précisés dans votre certificat d'assurance. Nous les résumons ici pour vous :

## **Délais pour présenter les documents de réclamation et les pièces justificatives**

- › Premier diagnostic de cancer, maladies graves, mutilation accidentelle, invalidité : 1 an à partir du diagnostic de maladie grave, ou de mutilation accidentelle ou du début de l'invalidité. Si vous dépassez ce délai, vous perdez votre droit à recevoir des prestations.
- › Assurance vie, décès accidentel : Aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.
- › Assurance perte involontaire d'emploi : Idéalement, dans les 90 jours qui suivent l'événement. Sinon, aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.

## **Les étapes de votre réclamation**

Une fois que vous nous avez fait part de votre réclamation, voici les étapes qui suivront afin d'évaluer votre demande et en déterminer le règlement.

### **Étape 1**

#### **Ce que vous devrez nous faire parvenir**

À cette étape, nous demandons votre collaboration afin de recueillir les renseignements nécessaires à l'étude de votre demande de prestations. Ainsi, dès que nous sommes avisés de la situation :

#### **Nous**

- › vous faisons parvenir les formulaires à remplir vous-même et ceux à faire remplir par le médecin traitant et l'employeur, selon le motif justifiant la réclamation;
- › communiquons avec la succursale afin d'obtenir l'information relative au prêt ou au produit de financement assuré, s'il y a lieu.

## **Vous**

- › devez remplir et signer les formulaires ou obtenir les documents requis;
- › devez nous faire parvenir les formulaires remplis, datés et signés ou les documents demandés.

❖ **Assurez-vous de nous fournir toute l'information concernant la situation justifiant la réclamation. Ceci accélérera le processus d'étude de votre demande. De plus, cela nous évitera d'avoir à communiquer à nouveau avec certains intervenants, organismes ou vous-même pour obtenir des précisions.**

Sur réception des formulaires et documents demandés, nous vous ferons parvenir un accusé de réception.

## **Les documents à soumettre**

### **En cas de décès (incluant décès accidentel):**

- › les formulaires de demande de prestations d'assurance vie, une déclaration de la succession et une déclaration du médecin;
- › les autorisations nous permettant d'obtenir des renseignements sur le dossier médical de la personne décédée;
- › une copie du certificat de décès;
- › un rapport d'accident, si applicable et disponible;
- › le rapport du coroner, le cas échéant.

Il se peut également que le testament ou les certificats de recherche testamentaire soient requis.

### En cas d'invalidité, maladies graves, 1<sup>er</sup> diagnostic de cancer ou mutilation accidentelle :

- › le formulaire de demande de prestations d'assurance selon la protection concernée;
- › des autorisations nous permettant d'obtenir des renseignements supplémentaires;
- › le formulaire de déclaration de votre médecin traitant;
- › la déclaration de l'employeur, au besoin.

### En cas de perte d'emploi :

- › le formulaire de demande de prestations d'assurance en cas de perte d'emploi;
- › le relevé d'emploi rempli par l'employeur;
- › une preuve de réception de prestations en remplacement de votre revenu;
- › des autorisations nous permettant d'obtenir des renseignements supplémentaires.

Veillez noter que les documents et formulaires demandés peuvent varier selon le produit d'assurance détenu.

❖ Dans tous les cas, il est important de remplir les formulaires en entier. Un document incomplet pourrait entraîner un retard dans l'étude de votre demande.

De plus, nous devons recevoir tous les documents nécessaires à l'étude de votre demande dans les délais requis. Si les délais ne sont pas respectés, votre réclamation pourrait être refusée. Les délais sont indiqués dans votre certificat d'assurance.

## Étape 2

### **Validation et vérification**

Une fois les formulaires et documents indiqués à l'étape 1 reçus, nous devons nous assurer que nous avons reçu toute l'information requise. Cela nous permettra d'effectuer les vérifications qui s'imposent en fonction du certificat ou de la police d'assurance et de prendre une décision au sujet de la réclamation.

À cette étape, et selon la situation présentée, des vérifications seront effectuées par nos analystes concernant :

- › l'assurabilité, selon les antécédents médicaux ou personnels;
- › l'admissibilité, selon les heures travaillées requises au certificat;
- › l'invalidité, afin de déterminer si l'état présenté correspond bien aux définitions d'invalidité et de maladie du certificat;
- › l'application de certaines restrictions ou exclusions prévues au certificat ou à la police d'assurance.

Il se peut qu'un analyste communique avec vous afin de valider certaines informations.

Nous pourrions aussi communiquer avec divers intervenants et organismes susceptibles de nous donner toutes les précisions requises à l'étude de votre dossier. Parmi ces intervenants et organismes, on peut retrouver :

- › médecins et spécialistes;
- › hôpitaux;
- › votre employeur;
- › commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST);
- › société d'assurance automobile du Québec (SAAQ);
- › régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- › autre organisme gouvernemental.

❖ Notez que toutes les réclamations sont uniques et, par conséquent, le parcours emprunté et le délai applicable à l'évaluation de votre demande seront déterminés en fonction des critères de vérification spécifiques au dossier.

❖ Soyez assuré que nous mettons tout en œuvre pour analyser votre demande dans les meilleurs délais possibles.

## Étape 3

### Décision ou poursuite de l'étude du dossier

À la suite des vérifications effectuées à l'étape 2, nous communiquerons avec vous par téléphone ou par courrier afin de vous tenir informé de la décision ayant été prise ou, s'il y a lieu, des étapes à venir pour poursuivre l'investigation de votre requête.

❖ Prenez note que si votre réclamation concerne une assurance détenue pour une solution de financement (tout type d'emprunt), vous devez continuer à effectuer les versements pendant la période d'évaluation de votre demande.

❖ De plus, aucune prestation n'est versée pendant le délai de carence en cas d'invalidité.



## Le vocabulaire des réclamations d'assurance

Vous remarquerez que les termes suivants sont souvent utilisés dans nos communications. Voici de brèves définitions afin de vous aider à mieux vous y retrouver dans vos démarches.

❖ **ATTENTION :** La définition de chacun des termes peut différer d'un produit d'assurance à un autre. Les définitions sont donc présentées à titre indicatif seulement. Au besoin, il est recommandé de consulter le certificat d'assurance approprié.

### **Clause des conditions préexistantes**

Une condition préexistante est un état, une maladie, un symptôme dont vous avez déjà souffert, pour lequel vous avez consulté un professionnel de la santé, subi des examens, fait usage de médicaments ou été hospitalisé avant l'entrée en vigueur de l'assurance ou pour lequel vous étiez en investigation lors de l'entrée en vigueur de l'assurance.

En définitive, cette clause traite des exclusions qui sont liées à une réclamation résultant d'une condition préexistante telle que décrite ci-haut.

### **Délai de carence**

Il s'agit d'une période d'attente, soit des jours continus à compter d'un événement assuré pendant lesquels aucune prestation n'est payable.

Cette période peut varier selon la date à laquelle vous avez souscrit votre assurance. Le délai de carence est indiqué sur votre certificat ou police d'assurance.

## **Demande de prestations**

Dans le cadre de l'assurance, une demande de prestations est une requête afin de se prévaloir du service offert par l'assurance, soit des prestations en cas de décès, décès accidentel, invalidité, maladie grave, perte d'emploi, 1<sup>er</sup> diagnostic de cancer ou mutilation accidentelle.

Une réclamation constitue l'action de demander les prestations prévues par l'assurance détenue.

## **Invalidité**

Il s'agit de l'état d'incapacité qui empêche l'assuré d'occuper les tâches habituelles de son emploi.

L'invalidité doit être constatée par un médecin, résulter d'une maladie survenue ou d'un accident subi alors que la personne était assurée et exiger des soins médicaux continus.

Durant l'invalidité, l'assuré ne doit se livrer à aucune activité pour laquelle il reçoit une compensation sous quelque forme que ce soit.

## **Maladies graves**

Les maladies graves couvertes sont : cancer, crise cardiaque et accident vasculaire cérébral<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Sujets aux termes et conditions décrits dans le certificat d'assurance.

# Questions et réponses

Certaines questions sont posées régulièrement à nos représentants du Service à la clientèle. Nous avons pensé y répondre afin de vous aider à bien comprendre le déroulement de votre demande de réclamation.

**Q Dois-je continuer à effectuer mes versements durant l'étude de mon dossier ?**

**R** Oui. Il est toujours de votre responsabilité d'effectuer les versements, et ce, qu'une réclamation soit à l'étude ou qu'il y ait paiement de prestations.

**Q Devez-vous écrire à mon médecin ?**

**R** Il est possible que votre médecin soit consulté, notamment par rapport à vos antécédents médicaux, ou si les renseignements fournis sont jugés incomplets ou insuffisants pour nous permettre de compléter votre demande.

Il est aussi possible que d'autres intervenants soient consultés, tels des centres hospitaliers, votre employeur ou des organismes impliqués.

**Q Qu'est-ce qui pourrait causer des délais dans l'étude de mon dossier ?**

**R** Toute question non répondue sur les formulaires et déclarations pourrait retarder l'étude de votre demande.

Assurez-vous que votre déclaration ainsi que les déclarations du médecin et de l'employeur, le cas échéant, soient complètes et répondent bien à chacune des questions, qu'elles soient signées dans l'espace prévu à cette fin et qu'elles nous soient retournées le plus rapidement possible.

**Q Que puis-je faire pour accélérer ma demande ?**

**R** Si des renseignements supplémentaires sont demandés auprès de votre médecin ou de tout autre organisme, vous pouvez communiquer avec ceux-ci et leur demander de prioriser votre demande afin d'en accélérer le traitement.

**Q À qui les prestations seront-elles versées ?**

**R** Lorsque votre demande sera acceptée, le montant de la prestation sera versé :

- › Assurance-prêt : à la Banque Nationale, qui l'appliquera au remboursement de votre prêt. Si vous avez déjà effectué le versement, les prestations seront déposées à votre compte bancaire (ou remboursées à la succession, le cas échéant);
- › Assurance vie (produits individuels) : au bénéficiaire de l'assurance ou, si aucun bénéficiaire n'a été désigné par l'assuré, à la succession;
- › Assurance en cas de maladie grave : à l'assuré;
- › Assurance paiement carte de crédit : au crédit du compte de la carte de crédit de la personne assurée.

**Q Quel sera le montant de ma prestation ?**

**R** Le montant que nous payons dépend de plusieurs facteurs dont : le type d'assurance, le montant assuré, le solde au moment de l'événement, etc.

Dans tous les cas, le montant que nous payons ne peut pas être plus élevé que le montant maximum payable indiqué au certificat.

## **Des millions versés chaque année**

Plusieurs millions sont versés chaque année à des assurés ayant pris la sage décision d'adhérer à une assurance.

Le montant des prestations versées affecte le montant des primes payées par tous nos assurés. C'est pourquoi notre équipe d'experts-analystes veille à ce que les clauses du certificat soient appliquées de façon juste et équitable pour l'ensemble de nos assurés.

## **À votre service!**

Avec Assurance-vie Banque Nationale, soyez confiant que toute notre équipe comprend la situation difficile que vous traversez et que tous les efforts seront déployés pour vous donner le service auquel vous avez droit.

En tout temps pendant l'analyse de votre demande, vous pouvez communiquer avec nos représentants du Service à la clientèle, qui pourront vous renseigner sur le cheminement de votre dossier ou répondre à toutes vos questions ou préoccupations.

## **En désaccord avec une décision prise dans le cadre de votre réclamation?**

### **Vous devez communiquer avec nous.**

Par téléphone

Montréal: 514 394-9904

Sans frais: 1 866 817-4844

Par courriel: [assurances@bnc.ca](mailto:assurances@bnc.ca)

Vous pouvez aussi faire parvenir tout document qui pourrait justifier une révision de notre décision.

Si nous n'avons pas été en mesure de traiter votre plainte dans un délai de 14 jours, celle-ci sera automatiquement prise en charge par le Bureau de révision des plaintes clients. Si vous avez reçu une réponse dans le délai prescrit, mais que vous demeurez insatisfait, vous pouvez communiquer avec le Bureau de révision des plaintes clients :

Téléphone: 514 394-8655 ou 1 888 300-9004

Site Internet: [bnc.ca](http://bnc.ca)

Courriel: [revisionplainte@bnc.ca](mailto:revisionplainte@bnc.ca)

Vous pouvez consulter la politique de traitement des plaintes de l'assureur sur le site [assurances-bnc.ca](http://assurances-bnc.ca).

Si vous n'êtes toujours pas satisfait et souhaitez poursuivre votre démarche, vous pouvez à votre choix et de façon concurrente :

- › demander une révision de votre dossier; ou
- › consulter votre conseiller juridique; ou
- › vous adresser à l'un des organismes suivants:

### **Autorité des marchés financiers (AMF)**

Place de la Cité, tour Cominar  
2640, boul. Laurier, 4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 5C1

Par téléphone

Québec: 418 525-0337

Montréal: 514 395-0337

Ailleurs au Québec: 1 877 525-0337

Télécopie: 1 877 285-4378

[lautorite.qc.ca](http://lautorite.qc.ca)

### **Ombudsman des assurances de personnes (OAP)**

Téléphone, sans frais

Canada: 1 888 295-8112

Toronto: 416 777-9002

[oapcanada.ca](http://oapcanada.ca)

Le délai maximal pour entreprendre une demande légale contre un assureur est de trois ans à compter de la date de refus d'une réclamation.

❖ Si vous avez des questions,  
n'hésitez pas à communiquer avec  
notre équipe dédiée aux réclamations.

Montréal: 514 394-9904

Sans frais: 1 866 817-4844

[bnc.ca/assurances](https://bnc.ca/assurances)

© 2022 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.



16606-501 (2022/08)