



Demande de règlement d'assurance contre les maladies graves

À quel moment une demande de règlement d'assurance contre les maladies graves doit-elle être effectuée?

- Si vous êtes assuré au titre d'une assurance contre les maladies graves pour prêts hypothécaires CIBC, et
- Vous avez souffert d'une maladie grave selon la définition énoncée dans votre certificat d'assurance.

Quels sont les renseignements requis pour une demande de règlement d'assurance contre les maladies graves?

- Les sections suivantes de la présente formule de demande de règlement : **Déclaration du centre bancaire, Déclaration du demandeur et Déclaration du médecin traitant**; et
 - Si le client assuré est décédé, la copie originale ou notariée de la preuve de décès.
- Une fois toutes les sections remplies, veuillez envoyer le ou les documents par la poste ou par télécopieur à :
 - **Assurance CIBC, C.P. 3020, Mississauga STN A, Mississauga (Ontario) L5A 4M2**
 - **No de télécopieur : 1 877 735-4900 ou 905 306-4900**

Remarque : tout renseignement manquant peut retarder le traitement de votre demande de règlement

Que se passe-t-il après la soumission d'une demande de règlement?

- Vous êtes responsable de vos versements hypothécaires et de vos primes d'assurance jusqu'à ce que la demande de règlement soit approuvée;
- Vous serez informé si d'autres renseignements sont requis pour traiter votre demande de règlement;
- Une fois votre demande de règlement approuvée, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie ») effectuera vos versements de prestations à la Banque CIBC. Un avis vous sera envoyé indiquant le versement effectué;
- Si votre demande de règlement est refusée, Canada-Vie vous en informera par écrit.

Avez-vous besoin de plus de renseignements?

- Veuillez consulter votre certificat d'assurance pour obtenir des renseignements sur les modalités, les restrictions, les exclusions et les autres dispositions de votre couverture,
- *Veuillez appeler à la ligne d'aide d'Assurance-crédit au 1 800 465-6020.*
- *Vous pouvez communiquer avec Canada-Vie au 1 800 387-4495 ou consulter le site www.canada-vie.com.*

La protection de vos renseignements personnels s'avère une priorité — une note des assureurs

- L'Assurance-crédit pour prêts hypothécaires CIBC est souscrite par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie »). Ce produit d'assurance est administré par Canada-Vie et la Banque CIBC et est assujéti à certaines modalités, conditions, limitations et exclusions qui sont énoncées dans les certificats d'assurance fournis au moment de l'adhésion.
- Lorsque vous avez demandé une couverture, vous avez fourni à Canada-Vie des renseignements personnels vous concernant, renseignements que Canada-Vie a ajoutés à un dossier client. L'objectif de ce dossier, qui est strictement confidentiel, est de permettre à Canada-Vie et à ses réassureurs de mener à bien tout ce qui a trait à l'assurance, y compris fixer des primes équitables, recevoir des versements, évaluer et payer les demandes de règlement et vous tenir au courant du statut de votre couverture. Canada-Vie conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit autorisé par Canada-Vie.
- Seul le personnel autorisé a accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent être situées à l'extérieur du Canada et vos renseignements personnels peuvent être assujétiés aux lois de ces juridictions étrangères. Si vous désirez connaître ou corriger les renseignements personnels contenus dans votre dossier de demande de règlement, veuillez appeler à la ligne d'aide d'Assurance-crédit au 1 800 465-6020 et nous nous ferons un plaisir de vous aider.

Demande de règlement d'assurance contre les maladies graves

Déclaration du centre bancaire (à l'usage du centre bancaire seulement)

Veillez remplir la présente section **Déclaration du centre bancaire** au complet (en caractères d'imprimerie) et remettre ensuite le document au demandeur afin qu'il remplisse la section **Déclaration du demandeur** et qu'il fasse remplir la section **Déclaration du médecin traitant**. Si la personne assurée est décédée, veuillez remettre la formule au représentant autorisé de la personne décédée (au Québec : le liquidateur; dans le reste du Canada : le représentant de la succession, selon la définition énoncée dans leur Guide de référence des successions respectif). Des questions? Veuillez appeler la Ligne d'aide d'Assurance-crédit au 1 800 465-6020 ou envoyer un courriel à la *Ligne d'aide d'Assurance-crédit*.

Renseignements sur le demandeur

Prénom	L'initiale	Nom

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous pour chaque produit de prêt

	Prêt hypothécaire 1	Prêt hypothécaire 2	Prêt hypothécaire 3
Numéro du prêt hypothécaire			
Y a-t-il également une assurance vie sur ce prêt hypothécaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Renseignements sur le centre bancaire

Timbre dateur du centre bancaire (transit/adresse/date)	No de téléphone du centre bancaire

		X
Date (mm/dd/yyyy)	Nom et titre du responsable du centre bancaire	
		Signature du responsable du centre bancaire (signer dans la case)

Veillez remettre le présent document au demandeur ou au représentant autorisé afin qu'il le remplisse.

Déclaration du demandeur

Renseignements sur le demandeur

M. Mme. Mlle

Prénom	L'initiale	Nom	
Date de naissance (jour, mois, année)	Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone	
Adresse postale (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal

Autorisation du demandeur pour divulguer des renseignements personnels :

Si vous souhaitez autoriser une personne autre que vous (comme un membre de la famille ou un ami) à communiquer avec La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie en votre nom relativement à votre demande, veuillez remplir la présente formule d'autorisation. La communication se limitera aux questions relatives à la demande de prestations. La présente autorisation demeure valide pendant toute la durée de la demande de prestations ou jusqu'à ce qu'elle soit révoquée par vous.

J'autorise Canada-Vie à communiquer les renseignements personnels qui se rapportent à ma demande de prestations à :

M. Mme. Mlle

Prénom de la personne désignée	L'initiale	Nom	
Relation		Numéro de téléphone	
Adresse postale (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal

Veuillez sélectionner une option (Si aucune option n'est sélectionnée, les renseignements médicaux ne seront pas communiqués à la personne autorisée.)

Excluant les renseignements médicaux Incluant les renseignements médicaux

Je certifie que les déclarations contenues dans la présente formule sont véridiques et complètes. Je comprends que La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie enquêtera sur la demande de règlement. J'autorise Canada-Vie, ses mandataires et ses prestataires de services à recueillir, à utiliser et à échanger des renseignements personnels à mon sujet nécessaires à l'administration et à l'examen des demandes de règlement et par la Banque CIBC aux fins de l'administration de ma demande de règlement en vertu des présentes polices collectives, avec toute personne ou organisation qui a des renseignements pertinents concernant cette demande, y compris les professionnels de la santé, les institutions, les organismes d'enquête, les assureurs et les réassureurs et les administrateurs de prestations et autres programmes de prestations gouvernementaux. J'autorise l'utilisation de mes renseignements recueillis relativement à la présente demande de règlement relative à une assurance hypothécaire aux fins d'examen et d'administration de toute autre couverture que je pourrais avoir à l'égard du prêt hypothécaire assuré.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que le document original et demeurera valable tout au long de ma demande de règlement.

_____	_____	X _____
Date (mm/dd/yyyy)	Nom	Signature (signer dans la case)

Déclaration du médecin traitant (Remarque : tous frais exigés pour remplir la présente formule sont la responsabilité du demandeur)

Renseignements sur le patient

Prénom _____ L'initiale _____ Nom _____

Date de naissance (jour, mois, année) _____ Diagnostic _____

Date d'apparition des premiers symptômes (jour, mois, année) _____ Date exacte du premier diagnostic (jour, mois, année) _____

Le patient a-t-il été hospitalisé?
 Oui Non Si oui, veuillez donner des détails (la date des premiers symptômes, la date du diagnostic, la durée, etc.)
Du : _____ Au : _____

Le patient a-t-il été hospitalisé?
 Oui Non Si oui, veuillez indiquer la durée du séjour (jour, mois, année)
Du : _____ Au : _____

Nom de l'hôpital _____ N° de téléphone de l'hôpital _____

Veuillez nous fournir des renseignements supplémentaires qui pourraient nous aider à évaluer la présente demande de règlement.

Veuillez joindre une copie de toutes les notes de consultation du spécialiste ainsi que des dossiers d'admission et de sortie relatifs à la cause de la demande de règlement. Pour les conditions suivantes, veuillez-vous assurer que les documents joints comprennent, sans s'y limiter :

Crise cardiaque : les ECG de la journée de l'événement et les résultats de laboratoire soutenant le diagnostic, y compris les précédents niveaux d'enzymes cardiaques et les nouveaux.

AVC : les preuves diagnostiques appuyant le diagnostic d'AVC et les déficits neurologiques actuels qui sont présents depuis plus de 30 jours.

Cancer : la preuve diagnostique pour confirmer la présence de néoplasmes malins, y compris le rapport pathologique pertinent.

Nom du médecin traitant _____ Spécialité _____

Nom de l'établissement (hôpital, centre médical) _____

Adresse postale (numéro et rue) _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur. _____

En signant ici, vous reconnaissez que les réponses données ci-dessus sont exactes et complètes au meilleur de vos connaissances.

_____ X _____
Date (jj/mm/aaaa) _____ Nom du médecin traitant _____ Signature du médecin traitant (signer dans la case)

Veuillez retourner la présente formule à votre patient.