

---

## 1. Demande de règlement - Assurance perte d'emploi

### Dans quelles situations faut-il faire une demande de règlement d'assurance perte d'emploi?

- Si vous détenez l'une des assurances suivantes : Assurance Protection-paiement - Prêt personnel CIBC ou Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC; et
- Votre emploi prend fin ou est suspendu au sens défini dans votre certificat d'assurance; et
- Vous avez terminé la période d'attente obligatoire suivant la date de la perte de votre emploi au sens défini dans votre certificat d'assurance et vous n'avez pas repris le travail avant le prochain versement régulier suivant la période d'attente.

### Quels sont les renseignements nécessaires pour faire une demande de règlement d'assurance perte d'emploi?

- Votre relevé d'emploi rempli par les Ressources humaines auprès d'Emploi et Développement social Canada; et
- Une preuve d'assurance-emploi ou d'indemnité de grève (lettre du syndicat); et
- Une preuve de prestations de chômage ou une copie de la lettre de Service Canada concernant l'indemnité de départ; et
- Les parties suivantes de la présente demande de règlement : **Déclaration du demandeur** et **Déclaration de l'employeur**.

### Comment trouver le numéro du compte?

- Ouvrez une session dans Services bancaires CIBC en direct ou Services bancaires mobiles CIBC et allez à « Mes comptes ».
- Consultez vos relevés.
- Communiquez avec votre conseiller en centre bancaire.

### Où faut-il soumettre les demandes de règlement?

- **Courriel** : Appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020 pour configurer un courriel sécurisé.
- **Courrier postal** : Assurance CIBC / CIBC Insurance, PO Box 3020, Station A, Mississauga (Ontario) L5A 4M2

**Remarque** : Tout renseignement manquant peut retarder votre demande de règlement.

---

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

- Vous demeurez responsable des versements sur votre prêt et votre prêt hypothécaire et des primes d'assurance jusqu'à l'approbation de la demande de règlement; tout versement admissible après la période d'attente applicable sera remboursé.
- Nous vous aviserons si d'autres renseignements sont nécessaires pour traiter votre demande de règlement.
- À l'approbation de votre demande de règlement, l'assureur versera vos prestations à la Banque CIBC aussi longtemps que vous y demeurerez admissible. Un avis indiquant le(s) versement(s) effectués en votre nom et la date jusqu'à laquelle les prestations pourraient se poursuivre vous sera envoyé.
- Si votre demande de règlement est refusée, l'assureur vous en informera par écrit.

### Avez-vous besoin de plus amples renseignements?

- Pour en savoir plus sur les modalités, les restrictions, les exclusions et les autres dispositions de votre couverture, consultez votre certificat d'assurance.
- **Appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020.**

---

## 3. Votre vie privée nous tient à cœur - note de l'assureur

- L'Assurance crédit Prêt personnel CIBC et l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC sont établies par **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie** (« la Canada Vie »). Tous les régimes d'assurance sont administrés par la Banque CIBC et la Canada Vie, et ils sont assujettis à des modalités, conditions d'admissibilité, restrictions et exclusions décrites dans le certificat d'assurance qui vous a été remis au moment de la souscription. Vous pouvez communiquer avec la Canada Vie au [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com) ou au 1 800 387-4495.
- Lorsque vous avez demandé une couverture pour votre prêt personnel ou votre prêt hypothécaire, vous avez donné à l'assureur des renseignements sur vous-même, que l'assureur a ajoutés à son dossier vous concernant. L'objet de ce dossier strictement confidentiel est de permettre à l'assureur et à ses réassureurs de mener toutes les activités d'assurance nécessaires, dont l'établissement de justes primes, la réception des paiements, l'évaluation et le paiement des demandes de règlement, et de vous tenir informé de l'état de votre couverture. L'assureur conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit sûr qu'il a autorisé.
- Seul le personnel dûment autorisé a accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent se trouver ailleurs qu'au Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être assujettis aux lois de ces autres pays. Si vous souhaitez connaître ou corriger les renseignements personnels contenus dans votre dossier de demande de règlement, appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020, nous serons heureux de vous aider.
- **Protéger vos renseignements personnels.** À la Canada Vie (dans la présente section, « nous » ou « notre »), nous nous engageons à protéger et à respecter vos renseignements personnels. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment le nom et l'adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

**Demande de règlement - Assurance perte d'emploi**

- **Comment nous utilisons vos renseignements personnels.** Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous fournir des produits et services et pour améliorer nos activités commerciales. Il s'agit notamment de vérifier votre identité, de tenir votre profil à jour et de vous informer sur les caractéristiques des produits que vous avez déjà souscrits auprès de nous. Ils servent également à vous conseiller, à évaluer votre admissibilité aux produits, à fixer le prix de nos produits, à recueillir des commentaires sur notre service à la clientèle, à traiter les demandes de règlement et d'autres opérations financières, à vous protéger et nous protéger contre les risques comme les cybermenaces et la fraude, et à se conformer aux obligations juridiques.
- **Comment nous utilisons et communiquons les renseignements personnels.** Nous communiquons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous fournir des services. Il peut s'agir de nos filiales canadiennes et d'autres organismes qui nous fournissent des services tels que des examinateurs paramédicaux, des laboratoires médicaux, des fournisseurs de technologie, d'autres sociétés d'assurance ou de réassurance et votre institution financière. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux et peuvent être communiqués à l'extérieur de votre province de résidence ou du Canada. En cas de changement d'assureur, vos renseignements personnels seront communiqués à votre nouvel assureur. Nous prenons la protection de vos renseignements personnels au sérieux et nous ne vendrons jamais vos renseignements personnels à qui que ce soit.
- **Vous contrôlez vos renseignements personnels.** Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous les suivons lorsque nous utilisons vos renseignements personnels. À tout moment au cours de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en présentant une demande par l'intermédiaire de notre centre de protection des renseignements personnels à [www.canadavie.com/confidentialite](http://www.canadavie.com/confidentialite). Cela comprend la façon dont vous souhaitez recevoir de l'information de la Canada Vie au moyen des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits relatifs à la protection des renseignements personnels par l'intermédiaire de notre centre de protection des renseignements personnels, comme l'accès à vos renseignements personnels ou la correction de ceux-ci.
- Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.
- Vous souhaitez en savoir plus? Veuillez consulter le site [www.canadavie.com/confidentialite](http://www.canadavie.com/confidentialite).

---

#### 4. Déclaration du demandeur

Langue de correspondance préférée  Anglais  Français

##### Renseignements sur le ou les produits de prêt

Veuillez fournir les renseignements ci-dessous pour chaque produit de prêt (prêt personnel, prêt hypothécaire).  
(Indiquez les produits de prêt supplémentaires en pièce jointe s'il y en a plus de quatre.)

Produits de prêt 1	Numéro de compte	Produits de prêt 2	Numéro de compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produits de prêt 3	Numéro de compte	Produits de prêt 4	Numéro de compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

##### Renseignements sur le centre bancaire (facultatif)

Nom du responsable en centre bancaire	Transit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	N° de tél. du centre bancaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Poste
	<input type="text"/>

##### Renseignements sur le demandeur

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse postale (numéro et rue)			
<input type="text"/>			
Ville	Province/territoire	Code postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéro de téléphone	Numéro de cellulaire (facultatif)	Courriel (facultatif)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (jour mois année)	Sexe	Emploi à la date de la cessation d'emploi	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Demande de règlement - Assurance perte d'emploi**

**4. Déclaration du demandeur (suite)**

Courte description du poste

\_\_\_\_\_

Travailleur autonome  Oui  Non

Type d'emploi (temps plein, temps partiel, contractuel, saisonnier, temporaire)

\_\_\_\_\_

Dans le cas d'un emploi saisonnier, mois de travail habituels

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur au moment de la cessation d'emploi

\_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue)

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Province/territoire

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_

Poste

Date de début de l'emploi  
(jour mois année)

\_\_\_\_\_

Dernière journée travaillée  
(jour mois année)

\_\_\_\_\_

Date ou date prévue du retour au travail  
(jour mois année)

\_\_\_\_\_

Recevez-vous actuellement ou deviendrez-vous admissible à recevoir des prestations de l'une ou l'autre des sources suivantes en raison de votre cessation d'emploi? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

Autre couverture d'assurance collective *Indiquez le nom de l'assureur et le numéro de police*

Couverture d'assurance individuelle *Indiquez le nom de l'assureur et le numéro de police*

\_\_\_\_\_

Dressez une liste des employeurs pour lesquels vous avez travaillé au cours des six (6) mois avant de prendre votre assurance ainsi que du nombre d'heures travaillées chaque semaine. (Joignez une page supplémentaire s'il y en a plus de quatre.)

1. Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Nombre total d'heures travaillées chaque semaine \_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue)

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Province/territoire

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

2. Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Nombre total d'heures travaillées chaque semaine \_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue)

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Province/territoire

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

3. Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Nombre total d'heures travaillées chaque semaine \_\_\_\_\_

Adresse (numéro et rue)

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Province/territoire

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

#### 4. Déclaration du demandeur (suite)

4. Nom de l'employeur			Nombre total d'heures travaillées chaque semaine
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province/territoire	Code postal

#### Autorisation du demandeur de divulguer des renseignements personnels (facultatif)

Si vous souhaitez autoriser une autre personne que vous (comme un membre de la famille ou un ami) à communiquer en votre nom avec la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) concernant votre demande de règlement, veuillez remplir l'autorisation ci-dessous. Les communications se limiteront aux questions liées à votre demande de prestations. Cette autorisation restera valide pour la durée de la demande de prestations, à moins que vous ne la révoquiez. Une reproduction de la présente autorisation aura la même valeur que le document original.

J'autorise la Canada Vie à communiquer des renseignements personnels se rapportant à ma demande de prestations à :

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province/territoire	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de cellulaire (facultatif)	Courriel (facultatif)	
Relation			

Veuillez sélectionner une seule option (en l'absence d'une sélection, les renseignements médicaux ne seront pas divulgués à la personne autorisée désignée).

Exclure les renseignements médicaux     Inclure les renseignements médicaux

#### Signature et autorisation (à remplir par le demandeur)

- J'atteste que les déclarations fournies dans cette demande sont véridiques et complètes.
- Je comprends que La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie étudiera ma demande de règlement d'assurance perte d'emploi en vertu de l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC ou de l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC.
- Je comprends que mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés et partagés comme indiqué dans la section Protection des renseignements personnels et j'autorise l'assureur, ses mandataires et ses prestataires de services à recueillir, utiliser et échanger des renseignements personnels à mon sujet nécessaires à l'administration et à l'approbation des demandes de règlement par celui-ci 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 programmes de prestations gouvernementaux et d'autres programmes de prestations.
- Demandes de règlement d'assurance hypothécaire : J'autorise l'utilisation des renseignements me concernant recueillis en lien avec la présente demande de règlement d'assurance pour prêt hypothécaire aux fins de l'examen et de l'administration de toute autre assurance que je pourrais avoir sur le prêt hypothécaire assuré.
- Aux fins de l'administration de la présente demande de règlement, la Canada Vie peut communiquer avec moi aux coordonnées fournies ci-dessus.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que le document original et celle-ci restera en vigueur pour la durée de ma demande de prestations.

Date (jour mois année)	Nom du demandeur	X	Signature (signer dans la case)
------------------------	------------------	---	---------------------------------

## 5. Déclaration de l'employeur

Cette partie doit être remplie par l'employeur pour lequel vous travailliez quand vous avez perdu votre emploi.

### Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur

Adresse postale (numéro et rue)

Ville

Province/territoire

Code postal

### Renseignements sur le demandeur

Titre

Prénom

Initiale(s)

Nom de famille

Emploi en date de la dernière journée travaillée

Nombre d'heures travaillées  
par semaine

Type d'emploi (temps plein, temps partiel,  
contractuel, saisonnier, temporaire)

Dans le cas d'un emploi saisonnier, indiquez les mois de travail (inclusivement)

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Date de début de l'emploi  
(jour mois année)

Date de la dernière journée  
travaillée (jour mois année)

Date à laquelle l'employé a été  
avisé de la cessation d'emploi  
(jour mois année)

Date ou date prévue du retour  
au travail (jour mois année)

Le retour au travail a eu lieu ou aura lieu dans  
le type d'emploi suivant (temps plein, temps  
partiel, contractuel, saisonnier, temporaire)

Raison de l'arrêt de travail

La cessation d'emploi est (temporaire, permanente)

L'employé a-t-il reçu une  
indemnité de départ?

Oui

Non

Si oui, date de fin de la cessation d'emploi (jour mois année)

### Renseignements sur le représentant autorisé de l'employeur

Titre

Prénom

Initiale(s)

Nom de famille

Poste

Numéro de téléphone

Poste

Numéro de télécopieur

Poste

Courriel

### Signature et autorisation (à remplir par le représentant autorisé de l'employeur)

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts selon les dossiers de l'organisation.

\_\_\_\_\_

Date (jour mois année)

\_\_\_\_\_

Nom

X

Signature (signer dans la case)

**Veuillez retourner la présente formule à votre employé ou à votre ancien employé.**