

Demande de règlement - Assurance-vie

À quel moment une demande de règlement d'assurance vie doit-elle être effectuée?

- Si la personne décédée avait une assurance vie au titre d'une Assurance-crédit Prêt personnel CIBC, d'une Assurance-crédit pour Marge de crédit personnelle (MCP) CIBC, d'une Assurance-crédit pour prêts hypothécaires CIBC ou d'une Assurance vie pour prêts aux entreprises et prêts agricoles CIBC.

Quels sont les renseignements requis pour une demande de règlement d'assurance vie?

- Une copie originale ou notariée de la preuve de décès;
- En cas de décès accidentel, veuillez joindre le rapport du coroner, le rapport d'autopsie et le rapport d'accident de la police, si disponibles;
- Les sections suivantes de la présente formule de demande de règlement doivent être remplies : **Déclaration du centre bancaire, Déclaration du représentant autorisé de la personne décédée et Déclaration du médecin de famille**

Une fois toutes ces sections remplies, veuillez poster le ou les documents à :

- Pour les prêts hypothécaires :
CIBC, Centre national d'administration des prêts hypothécaires, Commerce Court Postal Station, C.P. 115, Toronto (Ontario) M5L 1E5
- Pour les prêts personnels, les marges de crédit personnelles, les prêts aux entreprises ou les prêts agricoles :
Assurance CIBC, C.P. 3020, Mississauga STN A, Mississauga (Ontario) L5A 4M2

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?

- Le prêt hypothécaire, le prêt personnel, la marge de crédit personnelle, le prêt aux entreprises ou le prêt agricole demeurera ouvert et les versements doivent continuer à être effectués par le codétenteur du compte ou le représentant de la succession;
- Vous serez informé si d'autres renseignements sont requis pour traiter votre demande de règlement;
- Une fois votre demande de règlement approuvée, l'assureur 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, l'assureur 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 Prêt personnel CIBC, la marge de crédit personnelle CIBC, le prêt aux entreprises CIBC et le prêt agricole CIBC et l'Assurance-crédit pour prêts hypothécaires CIBC sont souscrites par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie »).
- Lorsque le client assuré décédé a demandé une couverture pour son produit de prêt CIBC, il a fourni à l'assureur des renseignements sur lui-même, que l'assureur a ajoutés à un dossier client. L'objectif de ce dossier est de permettre à l'assureur et à ses réassureurs de mener à bien tout ce qui a trait à l'assurance, y compris fixer des primes, recevoir des versements, évaluer et payer les demandes de règlement et tenir les clients assurés au courant du statut de la couverture. L'assureur conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit sûr.
- Seul le personnel autorisé a accès aux renseignements sur le client assuré. Le représentant autorisé du client assuré peut également prendre des dispositions pour avoir accès aux renseignements personnels du client assuré ou pour corriger les renseignements personnels de celui-ci, en appelant la Ligne d'aide d'Assurance-crédit au 1 800 465-6020.

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 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 la personne décédée

Nom de la personne assurée — Prénom	L'initiale	Nom	Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse postale (<i>numéro et rue</i>)				
Ville		Province	Code postal	

Renseignements sur le prêt (Veillez joindre une autre formule de demande de règlement si plus de trois prêts.)

	Produit de prêt 1	Produit de prêt 2	Produit de prêt 3
Produit de prêt (<i>prêt, prêt hypothécaire, marge de crédit personnelle, prêt aux entreprises ou prêt agricole</i>)			
S'il s'agit d'un prêt aux entreprises ou d'un prêt agricole : veuillez préciser le type de prêt. Remarque : veuillez inclure des exemplaires des trois derniers relevés de compte mensuels à partir desquels les primes ont été versées.			
Numéro de compte			
Montant initial du prêt ou la limite de crédit	\$	\$	\$
Solde impayé le jour du décès			
Date d'entrée en vigueur de l'assurance (<i>jour, mois, année</i>)			
Taux d'intérêt	Fixe ou	%	%
	TDB +	%	%
S'agit-il de refinancement ou du renouvellement d'un prêt antérieur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour les prêts personnels seulement : si le prêt a été refinancé dans les douze (12) mois précédant la date du décès, veuillez préciser le solde immédiatement avant le refinancement et joindre un exemplaire de la proposition d'assurance précédente.	\$	\$	\$

Renseignements sur le centre bancaire

_____	_____	X _____
Date (<i>jour, mois, année</i>)	Nom et titre du responsable du centre bancaire (<i>en caractères d'imprimerie</i>)	Signature du responsable du centre bancaire
_____	_____	
No de téléphone du centre bancaire	Timbre dateur du centre bancaire (<i>transit/adresse</i>)	

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

Déclaration du représentant autorisé de la personne décédée

Prénom de la personne décédée (<i>en caractères d'imprimerie</i>)	L'initiale	Nom de famille	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Renseignements sur les autres assurances vie de la personne décédée – compagnie d'assurance et numéros de police				
Nom du représentant autorisé de la personne décédée			Relation avec la personne décédée	
Adresse (<i>numéro et rue</i>)				
Ville	Province	Code postal	No de téléphone	
Nom du médecin de famille de la personne décédée dans les 24 mois précédant la date du décès.				
Adresse du médecin de famille de la personne décédée			N° de téléphone	

J'autorise tout docteur, médecin, hôpital ou clinique ou établissement médicalement rattaché, Bureau de renseignements médicaux, compagnie d'assurance, employeur, agence de renseignements sur les consommateurs, commission ou organisme gouvernemental, organisme d'application de la loi ou toute autre organisation, institution ou personne qui détient des documents ou des renseignements sur la personne décédée nommée ci-dessus (y compris des documents ou des renseignements concernant les conditions psychologiques et les conditions liées au VIH/SIDA) à divulguer ces documents ou ces renseignements à Canada-Vie.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que le document original.

		X
Date (<i>jour, mois, année</i>)	Nom du représentant autorisé	Signature du représentant autorisé

DÉCLARATION DU MÉDECIN DE FAMILLE

Remarque : tous frais exigés pour remplir la présente formule sont la responsabilité du demandeur.

Nom de la personne décédée — Prénom	L'initiale	Nom de famille	Date de naissance (<i>jour, mois, année</i>)
Lieu du décès			Date du décès (<i>jour, mois, année</i>)
Cause immédiate :		Cause(s) secondaire(s) :	
Date du premier traitement pour les conditions qui ont causé le décès DANS la période de 12 mois précédant la date du décès (<i>jour, mois, année</i>)			
Le patient a-t-il été vu dans les 12 mois précédant la date du décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez indiquer la date de visite.	
Date du diagnostic de la condition qui a causé le décès (<i>jour, mois, année</i>).		Date du dernier traitement (<i>jour, mois, année</i>)	
Mode de décès (<i>Veillez cocher la case appropriée et fournir des détails supplémentaires.</i>) <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Causes naturelles			
Une enquête du coroner a-t-elle été effectuée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, par qui et quelles ont été les conclusions (<i>veuillez joindre les conclusions</i>)	
Est-ce qu'une autopsie a été réalisée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		La personne décédée était votre patient depuis : (<i>jour, mois, année</i>)	

Veuillez donner des détails sur **toutes** les conditions pour lesquelles vous avez traité la personne décédée au cours des 12 mois précédant le décès, qu'elles soient ou non liées à la cause du décès.

Date	Diagnostic	Traitement prescrit	Type de chirurgie, le cas échéant

Nom et adresse de tout autre médecin qui, à votre connaissance, a pu traiter la personne décédée avant le décès. (*Veillez joindre une note si vous manquez d'espace.*)

Nom		Adresse	
Nom du médecin de famille (<i>en caractères d'imprimerie</i>)			
Nom de l'établissement (<i>hôpital, centre médical</i>)			N° de téléphone
Adresse (<i>numéro et rue</i>)			
Ville	Province	Code postal	N° de télécopieur

Ces déclarations sont exactes et complètes au meilleur de mes connaissances.

_____	_____	X _____
Date (<i>jour, mois, année</i>)	Nom du médecin de famille	Signature du médecin de famille