



Demande de règlement - Assurance-vie

Instructions

Centre bancaire : Remplir le recto de la formule, joindre une copie de la Proposition d'assurance (sauf s'il s'agit d'une Proposition d'assurance prêt hypothécaire), la lettre d'approbation ou de refus de la demande de couverture, le cas échéant, et remettre ces documents au représentant autorisé du défunt (le liquidateur au Québec ou le représentant de la succession ailleurs au Canada, tel qu'il est mentionné dans leur Guide de référence sur les successions respectif). Des questions? Communiquer avec la Ligne d'aide d'assurance crédit par courriel ou en composant le 1 800 465-6020.

Représentant autorisé du défunt : Une fois la formule dûment remplie et signée par le médecin, l'envoyer à la CIBC, tel qu'il est mentionné dans la section « Où adresser les demandes de règlement d'assurance vie pour prêt hypothécaire » ci-dessous. Joindre la preuve de décès originale ou une copie notariée. Dans le cas d'un décès accidentel, annexer également le rapport du coroner. Assurez-vous de conserver une copie de tous ces documents dans vos dossiers.

Médecin de famille : Remplir et signer la section appropriée au verso de cette formule. Retourner la formule dûment remplie au représentant autorisé.

Où adresser les demandes de règlement (des directives distinctes s'appliquent aux assurances vie pour prêt hypothécaire)
Soumettre les demandes de règlement d'assurance vie pour prêt hypothécaire à l'adresse suivante : CIBC Mortgages Inc., National Servicing Centre, Commerce Court Postal Station, P.O. Box 115, Toronto, Ontario M5L 1E5.
Soumettre les demandes de règlement d'assurance vie pour les prêts personnels, les marges de crédit, les prêts aux entreprises ou les prêts agricoles à l'adresse suivante : Assurance CIBC, Service à la clientèle de l'assurance-crédit, P.O. Box 3020, Mississauga Stn A, Mississauga ON L5A 4M2.

Renseignements sur le défunt

Nom de famille	Prénom	Initiale
Adresse (numéro et rue)		
Ville	Province	Code postal
		Date du décès j j m m a a a a

Renseignements sur les prêts (Annexer une demande supplémentaire si plus de 3 prêts)

	Prêt n° 1	Prêt n° 2	Prêt n° 3
Produit de crédit : Veuillez préciser (prêt personnel, prêt hypothécaire, marge de crédit personnelle, prêt à l'entreprise, crédit agricole)			
S'il s'agit d'un prêt à l'entreprise ou d'un crédit agricole, préciser le type de prêt Nota : Veuillez joindre les copies des relevés de compte des trois derniers mois au cours desquels les primes ont été versées.			
Numéro du compte de prêt			
Montant initial du prêt ou de la limite de crédit	\$	\$	\$
Solde du prêt à la date du décès	\$	\$	\$
Date d'entrée en vigueur de l'assurance (jour, mois, année)			
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 refinancement a eu lieu dans les douze (12) mois précédant la date du décès, indiquer le solde du prêt juste avant le refinancement et joindre une copie de la proposition d'assurance précédente.	\$	\$	\$

Renseignements sur le centre bancaire

Timbre dateur complet du centre bancaire (transit/adresse/date)	N° de téléphone du centre bancaire
Nom et titre de l'employé du centre bancaire (caractères d'imprimerie)	Signature de l'employé du centre bancaire

Votre vie privée nous tient à coeur - Message des assureurs

- L'Assurance crédit Prêt personnel CIBC et l'assurance vie prêt hypothécaire sont prises en charge par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie »). Pour les demandes de règlement en vertu de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, la couverture est prise en charge par Canada-Vie si la date de décès est le 1^{er} janvier 2013 ou une date ultérieure. Pour les demandes de règlement en vertu de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, la couverture est prise en charge par Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life ») si la date de décès est antérieure au 1^{er} janvier 2013. L'Assurance vie pour prêts aux entreprises et prêts agricoles est prise en charge par Desjardins Sécurité financière.
- Si un client décédé avait fait une demande d'assurance pour ses produits de prêt CIBC, il avait donné à l'assureur des renseignements à son sujet, lesquels avaient été versés à un dossier client. L'objet de ce dossier est de permettre à l'assureur, ainsi qu'à ses réassureurs, d'effectuer toutes les opérations d'assurance nécessaires, y compris l'établissement de primes, la perception des paiements, l'évaluation des demandes de règlement et le versement des prestations, et d'informer les clients assurés sur l'état de leur garantie. L'assureur conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre emplacement sécuritaire.
- Seul le personnel autorisé a accès aux renseignements sur le client assuré. Le représentant autorisé du client assuré peut également prendre les dispositions nécessaires pour accéder aux renseignements personnels du client assuré et les modifier, en communiquant avec la Ligne d'aide d'Assurance-crédit au 1 800 465-6020.

Cette section doit être remplie par le représentant autorisé du client décédé.

Nom du défunt (*caractères d'imprimerie*) _____ Prénom _____ Initiale _____ Sexe Masculin Féminin

Détails d'autres assurances-vie du défunt - nom de la compagnie et numéro de police

Nom du représentant autorisé du client décédé _____ Lien avec le défunt (*p. ex. parent, liquidateur, etc.*) _____

Adresse (*numéro et rue*)

Ville _____ Province _____ Code postal _____ N° de téléphone _____

J'autorise les médecins, les professionnels de la santé, les hôpitaux, les cliniques, les autres établissements de soins médicaux, le Bureau de renseignements médicaux, les compagnies d'assurance, les employeurs, les agences de renseignements sur la consommation, les conseils gouvernementaux ou agences gouvernementales, les organismes chargés de l'application de la loi ou tout autre organisme, institution ou personne détenant un dossier ou des renseignements sur le client décédé susmentionné (y compris des dossiers ou renseignements concernant des troubles psychologiques, le SIDA ou une affection liée au VIH) à transmettre ces dossiers ou renseignements à Canada-Vie, à un administrateur désigné de la CIBC, à la Sun Life, à Desjardins Sécurité financière et à chacun de leurs représentants juridiques ou réassureurs respectifs. Pour une demande de règlement en vertu de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC pour laquelle la couverture s'appliquait avant le 1^{er} janvier 2013 et dont la date du décès est le 1^{er} janvier 2013 ou une date ultérieure, j'autorise la Sun Life à transférer les renseignements personnels et médicaux sur la personne décédée susmentionnée à Canada-Vie aux fins d'évaluation et d'administration de la plainte. Une photocopie de la présente autorisation revêt la même valeur que l'original.

Signature du représentant autorisé _____ Date

j	j	m	m	a	a	a	a

Section à remplir par le médecin de famille**Nota : Tous les frais exigés pour remplir la formule sont à la charge du demandeur.**

Nom du défunt _____ Prénom _____ Initiale _____ Date de naissance

j	j	m	m	a	a	a	a

Lieu du décès _____ Date du diagnostic de l'état ayant causé le décès

i	i	m	m	a	a	a	a

 Date du décès

j	j	m	m	a	a	a	a

Cause directe _____ Cause(s) indirecte(s) _____ Date du premier traitement relié à l'état ayant causé le décès

i	i	m	m	a	a	a	a

 Date du dernier traitement

j	j	m	m	a	a	a	a

Décès imputable à un accident suicide mort naturelle (*cocher la case appropriée et donner des renseignements complémentaires*)

Y a-t-il eu enquête? Oui Non Si oui, par qui a-t-elle été menée et quelles sont les conclusions? _____ Y a-t-il eu autopsie? Oui Non

Le défunt était un patient depuis : (*jour, mois, année*)

Demande de règlement - Assurance-vie

Donner les détails de **tout** état ayant nécessité vos soins au cours des 12 mois précédant le décès, que cet état soit relié ou non à la cause du décès.

Date	Diagnostic	Traitement prescrit	Type de chirurgie, le cas échéant

Nom du médecin de famille (caractères d'imprimerie)

N° de téléphone

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

Nom et adresse de tout autre médecin qui, selon vous, aurait traité le défunt (annexer une feuille au besoin)

À ma connaissance, ces renseignements sont véridiques et complets

Date

Signature du médecin de famille

Nota : Le représentant autorisé du client décédé et le médecin de famille doivent remplir ce côté de la formule.