
1. Renseignements sur la demande de règlement d'assurance vie

Dans quelles situations faut-il faire une demande de règlement d'assurance vie?

- Lorsque la personne décédée a une assurance vie en vertu de l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, de l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, de l'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC, de l'Assurance Protection-paiement CIBC^{MC} - Carte de crédit CIBC, ou de l'Assurance crédit pour prêts aux entreprises et prêts agricoles CIBC.

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

- La copie originale ou notariée de la preuve de décès.
- Dans le cas d'un décès accidentel, veuillez joindre le rapport du coroner, le rapport d'autopsie et le rapport d'accident du service de police, si possible.
- Le présent formulaire de demande de règlement dûment rempli.

Comment trouver le numéro de compte?

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

Remarque : Pour les marges de crédit personnelles, indiquez le numéro de transit à 5 chiffres et le numéro de compte à 7 chiffres.

Où faut-il soumettre les formulaires de demande de règlement?

- Prêts hypothécaires :
Courriel : Communiquez avec la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020 pour configurer un courriel sécurisé.
Courrier postal : Centre national d'administration CIBC / CIBC, National Servicing Centre, Commerce Court Postal Station, PO Box 115, Toronto (Ontario) M5L 1E5.
- Prêts personnels, marges de crédit personnelles, prêts aux entreprises et prêts agricoles, ou cartes de crédit :
Courriel : Communiquez avec la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020 pour configurer un courriel sécurisé.
Courrier postal : Assurance CIBC / CIBC Insurance, 81 Bay Street, Toronto (Ontario) M5J 0E7.
- Pour cartes de crédit seulement :
Numérique : Soumettez une demande de règlement numérique sur le site web creditorselfserve.canadalife.com/fr

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 et prêt agricole, ou la carte de crédit demeureront ouverts, et le cotitulaire du compte ou le représentant de la succession doit continuer d'effectuer les paiements.
- Nous vous aviserons si d'autres renseignements sont nécessaires pour traiter votre demande de règlement.
- À l'approbation de votre demande de règlement, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (l'assureur) versera vos prestations à la Banque CIBC. Vous recevrez un avis indiquant le versement effectué.
- 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 conditions, 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.**

2. La protection de vos renseignements personnels est importante — une note de l'assureur

- L'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC, l'Assurance crédit pour Marge de crédit personnelle CIBC, l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC, l'Assurance crédit pour prêts aux entreprises et prêts agricoles CIBC, et l'Assurance Protection-paiement CIBC^{MC} - Carte de crédit CIBC sont établies par **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie** (la Canada Vie). Vous pouvez communiquer avec la Canada Vie au www.canadavie.com ou au 1 800 387-4495.
- Lorsque le client assuré décédé a demandé une couverture pour son produit de prêt CIBC, il a donné à l'assureur des renseignements sur lui-même, que l'assureur a ajoutés à son dossier. L'objet de ce dossier est de permettre à l'assureur et à ses réassureurs de mener toutes les activités d'assurance nécessaires, dont l'établissement des primes, la réception des paiements, l'évaluation et le paiement des demandes de règlement, et de tenir les clients assurés informés de l'état de la couverture. L'assureur conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit sûr.

Demande de règlement d'assurance vie

- Seuls les employés autorisés ont accès aux renseignements sur le client assuré. Le représentant autorisé du client assuré peut aussi prendre des dispositions pour accéder aux renseignements personnels du client assuré ou les corriger en appelant la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1 800 465-6020.
- **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..
- **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 ces renseignements 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 ces renseignements. 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 au www.canadavie.com/confidentialite. Cela comprend la façon dont vous souhaitez recevoir de l'information de la part de 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.

3. Déclaration du représentant autorisé de la personne décédée

Langue de correspondance préférée Anglais Français

S'agit-il uniquement d'une demande de règlement pour carte de crédit? Oui Non Si oui, passez à la section Renseignements sur la personne décédée.

Renseignements sur le(s) produit(s) de prêt

Veuillez fournir les renseignements ci-dessous pour chaque produit de prêt (prêt personnel, marge de crédit personnelle, prêt hypothécaire, prêt aux entreprises et prêt agricole).

(Indiquez les produits de prêt supplémentaires en pièce jointe s'il y en a plus de quatre.)

Produit de prêt 1	Numéro de compte	Produit de prêt 2	Numéro de compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produit de prêt 3	Numéro de compte	Produit 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	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Poste
	<input type="text"/>

Demande de règlement d'assurance vie

Renseignements sur la personne décédée

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
-------	--------	-------------	----------------

Sexe	Renseignements sur toute autre assurance vie de la personne décédée (<i>assureurs et numéros de police</i>)
------	---

Nom du médecin de famille de la personne décédée dans les 24 mois avant la date du décès

Adresse du médecin de famille de la personne décédée	Numéro de téléphone	Poste
--	---------------------	-------

Renseignements sur le représentant autorisé de la personne décédée

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
-------	--------	-------------	----------------

Adresse postale (*numéro et rue*)

Ville	Province/territoire	Code postal
-------	---------------------	-------------

Numéro de téléphone	Numéro de téléphone cellulaire (<i>facultatif</i>)	Adresse courriel (<i>facultatif</i>)
---------------------	--	--

Relation avec la personne décédée

Signature et autorisation (à remplir par le représentant autorisé)

- J'autorise tout médecin, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique, tout autre établissement médical ou lié aux soins de santé, toute compagnie d'assurance, tout employeur, toute agence de renseignements sur la consommation, tout organisme gouvernemental, tout organisme d'application de la loi ou toute autre organisation, institution ou personne ayant un dossier ou des renseignements concernant la personne décédée susmentionnée (y compris tous les rapports de consultation et médicaux) à communiquer de tels dossiers ou renseignements à la Canada Vie, à tout administrateur désigné de la Banque CIBC et à leurs représentants légaux ou réassureurs respectifs.
- Je comprends que les renseignements personnels de la personne décédée susnommée seront recueillis, utilisés et partagés comme indiqué dans la section Protection des renseignements personnels et j'autorise Canada Vie, ses mandataires et ses prestataires de services à recueillir, utiliser et échanger des renseignements personnels au sujet de la personne décédée susmentionnée nécessaires à l'administration et à l'approbation des demandes de règlement par Canada Vie et aux fins de l'administration de la présente 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.
- 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 est aussi valable que l'original.

_____ Date (jour mois année)

_____ Nom du représentant autorisé

X

--

Signature (signer dans la case)

4. Déclaration du médecin de famille

Remarque : Il incombe au demandeur de payer tous les frais associés à la préparation de la présente demande.

Renseignements médicaux sur la personne décédée

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille

Date de naissance (jour mois année)	Date du décès (jour mois année)	Lieu du décès

La personne décédée était votre patient depuis (jour mois année)	Date du diagnostic de la maladie ayant causé le décès (jour mois année)	Date du premier traitement de la maladie ayant causé le décès DANS les 12 mois avant la date du décès (jour mois année)	Date du dernier traitement (jour mois année)

Cause directe du décès

Causes concourantes

Une autopsie a-t-elle été pratiquée? Oui Non

Le patient a-t-il été vu en consultation dans les 12 mois avant la date du décès? Oui Non

Si oui, date de la visite (jour mois année)

Nature du décès (cocher la case appropriée et donner des précisions). Accident Suicide Causes naturelles Autre

Renseignements supplémentaires sur le décès

Une enquête a-t-elle été menée? Oui Non

Si oui, par qui et quelles ont été les conclusions? (Joindre les documents à l'appui.)

Donnez des précisions sur tout état ou problème de santé pour lesquels vous avez traité la personne décédée au cours des 12 mois précédant le décès, qu'ils soient liés ou non à la cause du décès. (Joignez une note s'il y en a plus de quatre.)

Date	Diagnostic	Traitement prescrit	Type de chirurgie, s'il y a lieu

4. Déclaration du médecin de famille (suite)

Nom et adresse de tout autre médecin qui, à votre connaissance, aurait traité la personne décédée avant son décès. (Joignez une note s'il y en a plus de trois.)

1.	Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse (numéro et rue)			
	<input type="text"/>			
	Ville		Province/territoire	Code postal
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse (numéro et rue)			
	<input type="text"/>			
	Ville		Province/territoire	Code postal
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse (numéro et rue)			
	<input type="text"/>			
	Ville		Province/territoire	Code postal
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Renseignements sur le médecin de famille

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de l'établissement (hôpital, centre médical)			
<input type="text"/>			
Adresse (numéro et rue)			
<input type="text"/>			
Ville		Province/territoire	Code postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone	Poste	Numéro de télécopieur	Poste
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

À ma connaissance, ces déclarations sont véridiques et complètes.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	X <input type="text"/>
Date (jour mois année)	Nom et titre du médecin de famille	Signature (signer dans la case)