

Demande de règlement d'assurance contre les maladies graves



1. Renseignements sur les demandes 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 avez une assurance contre les maladies graves en vertu de l'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC et/ou de l'Assurance Protection-paiement CIBC^{MC} - Carte de crédit 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 demandeur et Déclaration du médecin traitant; et
- Si le client assuré est décédé, la copie originale ou notariée de la preuve de décès.

Comment trouver le numéro de compte?

- Ouvrez une session dans 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.

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

- Courriel: Communiquez avec la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1800 465-6020 pour configurer un courriel sécurisé;
- Adresse de courriel: Service à la clientèle, assurance crédit / CIBC Creditor Customer Service, 81 Bay Street, Toronto (Ontario) M5J 0E7;
- Numérique (pour les cartes de crédit seulement): 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?

- Vous demeurez responsable des versements sur votre prêt hypothécaire et/ou carte de crédit et des primes d'assurance jusqu'à ce que votre 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. Vous recevrez un avis 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.
- Appelez la Ligne d'aide d'Assurance crédit au 1800 465-6020.

2. La protection de vos renseignements personnels s'avère une priorité — une note de l'assureur

- L'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC et l'Assurance Protection-paiement CIBC^{MC} Carte de crédit CIBC sont souscrites 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 assujetti à certaines modalités, conditions, limitations et exclusions qui sont énoncées dans les certificats d'assurance fournis au moment de l'adhésion. Vous pouvez communiquer avec la Canada Vie au www.canadavie.com ou au 1800 387-4495.
- 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 assujettis aux lois de ces territoires étrangers. 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.
- 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 d'assurance contre les maladies graves

- 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 nous conformer à des 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 à 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 canadalife.com/confidentialite.

3. Déclaration du demande	eur										
Langue de correspondance préférée		○ Anglais ○ Français									
S'agit-il uniquement d'une de règlement pour carte de créd	Oui Non Si oui, passez à la section Renseignements sur le demandeur						ndeur				
Renseignements sur le(s) pro	duit(s) de p	orêt									
Veuillez fournir les renseigne jointe s'il y en a plus de trois.)	ments dem	andés ci-de	ssous p	our ch	aque p	roduit de	prêt : ((Indique	ez les pro	oduits de prêt supplé	mentaires en pièce
Numéro de compte 1	Y a-1	Y a-t-il d'autres assurances sur ce compte? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)									
		Assurance vie Invalidité et invalidité Plus Aucune autre assurance									
Numéro de compte 2	Y a-t	Y a-t-il d'autres assurances sur ce compte? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)									
		Assurance vie Invalidité et invalidité Plus Aucune autre assurance									
Numéro de compte 3	Y a-1	Y a-t-il d'autres assurances sur ce compte? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)									
		Assurance vie Invalidité et invalidité Plus Aucune autre assurance									
Renseignements sur le centre	bancaire (facultatifs)									
Nom du responsable en centre banca	ire										N ^o de transit
Adresse								Nur	méro de té	eléphone du centre banca	iire
								_ L			Poste
Renseignements sur le dema	ndeur										
Titre Prénom						Initiale(s)	Nom o	de famill	e		
Adresse postale (numéro et rue)											
Ville										Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numér	o de téléphone	cellulaire	(facultat	tif)		Date o	de naissa	ance (jour	mois année)	
Adresse courriel (facultative)											

Signature du demandeur (signer dans la case)

3. Déclaration du demandeur (suite)

Date (iour mois année)

Autorisation du demandeur pour divulguer des renseignements personnels (facultative)

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 : Titre Prénom Initiale(s) Nom de famille Adresse postale (numéro et rue) Ville Province/territoire Code postal Numéro de téléphone Numéro de téléphone cellulaire (facultatif) Adresse courriel (facultative) Relation 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 Signature et autorisation (à remplir par le demandeur) J'atteste 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. Je comprends que mes renseignements personnels 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 à mon sujet (y compris tous les rapports de consultation et médicaux) nécessaires à l'administration et à l'approbation des demandes de règlement par Canada Vie 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 cette autorisation est aussi valable que le document original et demeurera valable tout au long de ma demande de règlement.

Nom du demandeur

4. Déclaration du médecin traitant Remarque : Il incombe au demandeur de payer tous les frais associés à la préparation de la présente demande. Renseignements médicaux sur le patient Titre Prénom Initiale(s) Nom de famille Date de naissance (jour mois année) Date d'apparition des premiers symptômes (jour mois année) Date exacte du premier diagnostic (jour mois année) Diagnostic Le patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Si oui, indiquez le nom de l'hôpital, le numéro de téléphone et la durée du séjour. Nom de l'hôpital Numéro de téléphone Poste Date de l'intervention chirurgicale, s'il y a lieu (jour mois année) Date du séjour : du (jour mois année) Date du séjour : jusqu'au (jour mois année Le patient a-t-il déjà souffert d'un Oui ○ Non ○ Inconnu Si oui, fournissez des détails sur la condition ci-dessous. problème similaire? Description de la condition Depuis Date des premiers symptômes (jour mois année) Date du diagnostic (jour mois année) 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.

Pontage coronarien : Rapports d'opération ou de sortie confirmant un pontage coronarien.

Demande de règlement d'assurance contre les maladies graves

4. Déclar	ration du médecin traita	ant (suite)						
Renseigne	ements sur le médecin trai	itant						
Titre	Prénom		Initiale(s)	Nom de famille				
Nom de l'éta	ablissement (hôpital, centre médica	al)						
Adresse (numéro et rue)			Ville		Province/territoire	Code postal		
Numéro de t	éléphone Poste	Numéro de télécopie	ur Poste					
Spécialité								
En signant	t ici, vous reconnaissez que	e les réponses données ci	-dessus sont exa	ctes et complètes au	meilleur de vos connaissa	nces.		
Date ((jour mois année)	Nom du méd	lecin traitant		Signature du médecin traitant (signer dans la case)			