

Demande de règlement d'assurance contre les maladies graves

1. Renseignements sur la demande de règlement d'assurance contre les maladies graves

Dans quelles situations faut-il faire une demande de règlement d'assurance contre les maladies graves?

- Si vous êtes assuré en vertu de l'Assurance contre les maladies graves pour prêts hypothécaires CIBC, et
- Vous avez été atteint d'une maladie grave au sens défini dans votre certificat d'assurance

Quels sont les renseignements nécessaires pour faire une demande de règlement d'assurance contre les maladies graves?

- Parties suivantes de la présente demande de règlement : **Déclaration du demandeur** et **Déclaration du médecin traitant**;
- Si le client assuré est décédé, l'original ou une copie notariée de la preuve de décès.

Comment trouver le numéro du prêt hypothécaire?

- Ouvrez une session sur Services bancaires CIBC en direct ou Services bancaires mobiles CIBC et allez à « Mes comptes ».
- Consultez vos relevés hypothécaires.
- 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.

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

- Vous demeurez responsable des versements sur votre prêt hypothécaire et des primes d'assurance jusqu'à ce que votre demande de règlement soit approuvée.
- 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 (la Canada Vie) versera vos prestations à la Banque CIBC. Vous recevrez un avis indiquant le paiement effectué.
- Si votre demande de règlement est refusée, la Canada Vie 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. Votre vie privée nous tient à cœur - note de l'assureur

- L'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC est établie par la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie). Les produits d'assurance sont administrés par la Canada Vie et la Banque CIBC, et ils sont assujettis à des modalités, conditions, 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 ou au 1 800 387-4495.
- Lorsque vous avez demandé une couverture, vous avez donné à la Canada Vie des renseignements sur vous-même, que la Canada Vie a ajoutés à son dossier vous concernant. L'objet de ce dossier strictement confidentiel est de permettre à la Canada Vie 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. La Canada Vie conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit sûr qu'elle 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.

Demande de règlement d'assurance contre les maladies graves

3. Déclaration du demandeur

Langue de correspondance préférée Anglais Français

Renseignements sur le ou les produits de prêt

Veillez fournir les renseignements ci-dessous pour chaque produit de prêt. (Indiquez les produits de prêt supplémentaires en pièce jointe s'il y en a plus de trois.)

Numéro de prêt hypothécaire 1

Ce prêt hypothécaire est-il couvert par d'autres assurances?
(Cochez toutes les réponses applicables.)

Assurance vie Assurance invalidité ou invalidité Plus Aucune autre assurance

Numéro de prêt hypothécaire 2

Ce prêt hypothécaire est-il couvert par d'autres assurances?
(Cochez toutes les réponses applicables.)

Assurance vie Assurance invalidité ou invalidité Plus Aucune autre assurance

Numéro de prêt hypothécaire 3

Ce prêt hypothécaire est-il couvert par d'autres assurances?
(Cochez toutes les réponses applicables.)

Assurance vie Assurance invalidité ou invalidité Plus Aucune autre assurance

Renseignements sur le centre bancaire (facultatif)

Nom du responsable en centre bancaire

Transit

Adresse

N° de tél. du centre bancaire

Poste

Renseignements sur le demandeur

Titre

Prénom

Initiale(s)

Nom de famille

Adresse postale (numéro et rue)

Ville

Province/territoire

Code postal

Numéro de téléphone

Numéro de cellulaire (facultatif)

Courriel (facultatif)

Date de naissance (jour mois année)

Sexe

Demande de règlement d'assurance contre les maladies graves

3. Déclaration du demandeur (suite)

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 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.

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 mènera une enquête sur la demande de règlement.
- J'autorise la Canada Vie, ses agents et ses fournisseurs de services à recueillir et à utiliser les renseignements personnels me concernant dont ils ont besoin pour l'administration et l'évaluation des demandes de règlement et dont la Banque CIBC a besoin pour administrer ma demande de règlement en vertu de ces polices collectives, ainsi qu'à en échanger entre eux et avec toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents pour la présente demande de règlement, y compris des professionnels de la santé, des établissements médicaux, des organismes d'enquête, des assureurs et réassureurs et des administrateurs de programmes de prestations gouvernementales et autres prestations.
- J'autorise l'utilisation des renseignements me concernant recueillis en lien avec la présente demande de règlement d'assurance pour prêts hypothécaires 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.

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

Demande de règlement d'assurance contre les maladies graves

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, précisez le nom et le numéro de téléphone de l'hôpital, ainsi que la durée du séjour.

Nom de l'hôpital _____ Numéro de téléphone _____ Poste _____ Date de début du séjour (jour mois année) _____ Date de fin du séjour (jour mois année) _____

Le patient avait-il déjà souffert d'un problème semblable? Oui Non Ne sais pas Si oui, veuillez préciser ci-dessous.

Description du problème de santé _____ Date du premier symptôme (jour mois année) _____ Date du diagnostic (jour mois année) _____ Durée _____

Veuillez fournir tout autre renseignement pouvant nous être utile dans l'évaluation de cette demande de règlement.

Veuillez joindre des copies des notes de consultation de spécialiste et des documents d'admission et de congé se rapportant à la cause de la demande de règlement. Pour les maladies ci-dessous, veuillez vous assurer que les documents joints comprennent, sans s'y limiter, les suivants :

Crise cardiaque : électrocardiogramme (ECG) daté du jour de l'événement et résultats de laboratoire confirmant le diagnostic, y compris les taux d'enzymes cardiaques antérieurs et nouveaux.

Accident vasculaire cérébral : preuve diagnostique confirmant le diagnostic d'accident vasculaire cérébral et les déficits neurologiques actuels qui sont présents depuis plus de 30 jours.

Cancer : preuve diagnostique confirmant un néoplasme malin, y compris le rapport pathologique pertinent.

Renseignements sur le médecin traitant

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

Nom de l'établissement (*hôpital, centre médical*) _____

Adresse (*numéro et rue*) _____

Ville _____ Province/territoire _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Poste _____ Numéro de télécopieur _____ Poste _____ Spécialité _____

En signant cette demande, vous attestez que les réponses données ci-dessus sont, à votre connaissance, complètes et exactes.

_____ X _____
Date (jour mois année) _____ Nom du médecin traitant _____ Signature (signer dans la case) _____