

Demande de règlement – Assurance perte d'emploi

1. Demande de règlement – Assurance perte d'emploi

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

- Si vous détenez l'une des assurances suivantes : Assurance Protection-paiement - Prêt personnel CIBC ou Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC; et
- Votre emploi prend fin ou est suspendu au sens défini dans votre certificat d'assurance; et
- Vous avez terminé la période d'attente obligatoire suivant la date de la perte de votre emploi au sens défini dans votre certificat d'assurance et vous n'avez pas repris le travail avant le prochain versement régulier suivant la période d'attente.

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

- Votre relevé d'emploi rempli par les Ressources humaines auprès d'Emploi et Développement social Canada; et
- Une preuve d'assurance-emploi ou d'indemnité de grève (lettre du syndicat); et
- Une preuve de prestations de chômage ou une copie de la lettre de Service Canada concernant l'indemnité de départ; et
- Les parties suivantes de la présente demande de règlement : **Déclaration du demandeur** et **Déclaration de l'employeur**.

Comment trouver le numéro du compte?

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

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

- Vous demeurez responsable des versements sur votre prêt et votre prêt hypothécaire et des primes d'assurance jusqu'à l'approbation de la demande de règlement; tout versement admissible après la période d'attente applicable sera remboursé.
- Nous vous aviserons si d'autres renseignements sont nécessaires pour traiter votre demande de règlement.
- À l'approbation de votre demande de règlement, l'assureur versera vos prestations à la Banque CIBC aussi longtemps que vous y demeurerez admissible. Un avis indiquant le(s) versement(s) effectués en votre nom et la date jusqu'à laquelle les prestations pourraient se poursuivre vous sera envoyé.
- 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 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.**

3. Votre vie privée nous tient à cœur - note de l'assureur

- L'Assurance crédit Prêt personnel CIBC et l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC sont établies par **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie** (« la Canada Vie »). Tous les régimes d'assurance sont administrés par la Banque CIBC et la Canada Vie, et ils sont assujettis à des modalités, conditions d'admissibilité, 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 pour votre prêt personnel ou votre prêt hypothécaire, vous avez donné à l'assureur des renseignements sur vous-même, que l'assureur a ajoutés à son dossier vous concernant. L'objet de ce dossier strictement confidentiel est de permettre à l'assureur 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. L'assureur conserve les dossiers des clients à son siège social ou à un autre endroit sûr qu'il 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.

4. 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 (prêt personnel, prêt hypothécaire).

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

Produits de prêt 1	Numéro de compte	Produits de prêt 2	Numéro de compte
Produits de prêt 3	Numéro de compte	Produits de prêt 4	Numéro de compte

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 Emploi à la date de la cessation d'emploi

Courte description du poste

Travailleur autonome Oui Non Type d'emploi (temps plein, temps partiel, contractuel, saisonnier, temporaire) Dans le cas d'un emploi saisonnier, mois de travail habituels

De : _____ À : _____

Nom de l'employeur au moment de la cessation d'emploi

Adresse (numéro et rue)

Ville Province/territoire Code postal

Numéro de téléphone Date de début de l'emploi (jour mois année) Dernière journée travaillée (jour mois année) Date ou date prévue du retour au travail (jour mois année)

Poste

Recevez-vous actuellement ou deviendrez-vous admissible à recevoir des prestations de l'une ou l'autre des sources suivantes en raison de votre cessation d'emploi? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

Autre couverture d'assurance collective Indiquez le nom de l'assureur et le numéro de police

Couverture d'assurance individuelle Indiquez le nom de l'assureur et le numéro de police

4. Déclaration du demandeur (suite)

Dressez une liste des employeurs pour lesquels vous avez travaillé au cours des six (6) mois avant de prendre votre assurance ainsi que du nombre d'heures travaillées chaque semaine. *(Joignez une page supplémentaire s'il y en a plus de quatre.)*

			Nombre total d'heures travaillées chaque semaine
1.	Nom de l'employeur <input type="text"/>		<input type="text"/>
	Adresse (numéro et rue) <input type="text"/>		
	Ville <input type="text"/>	Province/territoire <input type="text"/>	Code postal <input type="text"/>
2.	Nom de l'employeur <input type="text"/>		<input type="text"/>
	Adresse (numéro et rue) <input type="text"/>		
	Ville <input type="text"/>	Province/territoire <input type="text"/>	Code postal <input type="text"/>
3.	Nom de l'employeur <input type="text"/>		<input type="text"/>
	Adresse (numéro et rue) <input type="text"/>		
	Ville <input type="text"/>	Province/territoire <input type="text"/>	Code postal <input type="text"/>
4.	Nom de l'employeur <input type="text"/>		<input type="text"/>
	Adresse (numéro et rue) <input type="text"/>		
	Ville <input type="text"/>	Province/territoire <input type="text"/>	Code postal <input type="text"/>

4. 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 (la Canada 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. Une reproduction de la présente autorisation aura la même valeur que le document original.

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 (<i>facultatif</i>)		Courriel (<i>facultatif</i>)	
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 étudiera ma demande de règlement d'assurance perte d'emploi en vertu de l'Assurance crédit Prêt personnel CIBC ou de l'Assurance invalidité pour prêt hypothécaire Plus CIBC.
- J'autorise l'assureur, 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.
- 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 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)

5. Déclaration de l'employeur

Cette partie doit être remplie par l'employeur pour lequel vous travailliez quand vous avez perdu votre emploi.

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur

Adresse postale (numéro et rue)

Ville

Province/territoire

Code postal

Renseignements sur le demandeur

Titre

Prénom

Initiale(s)

Nom de famille

Emploi en date de la dernière journée travaillée

Nombre d'heures travaillées
par semaine

Type d'emploi (temps plein, temps partiel,
contractuel, saisonnier, temporaire)

Dans le cas d'un emploi saisonnier, indiquez les mois de travail (inclusivement)

De : _____ À : _____

Date de début de l'emploi
(jour mois année)

Date de la dernière journée
travaillée (jour mois année)

Date à laquelle l'employé a été
avisé de la cessation d'emploi
(jour mois année)

Date ou date prévue du retour
au travail (jour mois année)

Le retour au travail a eu lieu ou aura lieu dans
le type d'emploi suivant (temps plein, temps
partiel, contractuel, saisonnier, temporaire)

Raison de l'arrêt de travail

La cessation d'emploi est (temporaire, permanente)

L'employé a-t-il reçu une
indemnité de départ?

Oui

Non

Si oui, date de fin de la cessation d'emploi (jour mois année)

Renseignements sur le représentant autorisé de l'employeur

Titre

Prénom

Initiale(s)

Nom de famille

Poste

Numéro de téléphone

Poste

Numéro de télécopieur

Poste

Courriel

Signature et autorisation (à remplir par le représentant autorisé de l'employeur)

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts selon les dossiers de l'organisation.

Date (jour mois année)

Nom

X

Signature (signer dans la case)

Veillez retourner la présente formule à votre employé ou à votre ancien employé.