



Demande de règlement d'assurance vie

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 (MCP), de l'Assurance crédit pour prêts hypothécaires CIBC ou de l'Assurance pour prêts aux entreprises et prêts agricoles CIBC.

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

- Original ou copie 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.
- Parties suivantes de la présente demande de règlement : **Déclaration du représentant autorisé de la personne décédée et Déclaration du médecin de famille.**

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.
- Communiquez avec votre conseiller en centre bancaire.

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

Où faut-il soumettre les demandes de règlement?

- Prêts hypothécaires :
Courriel : Appelez 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 ou prêts agricoles :
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?

- Le prêt hypothécaire, le prêt personnel, la marge de crédit personnelle, le prêt aux entreprises ou le prêt agricole demeurera ouvert 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, l'assureur versera vos prestations à la Banque CIBC. Vous recevrez un avis indiquant le paiement 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. Votre vie privée nous tient à cœur - 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 et l'Assurance pour prêts aux entreprises et prêts agricoles 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.
- 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**.

3. Déclaration du représentant autorisé de la personne décédée

Langue de correspondance préférée Anglais Français

Renseignements sur le ou les produits de prêt

Veuillez fournir les renseignements ci-dessous pour chaque produit de prêt (prêt personnel, marge de crédit personnelle, prêt hypothécaire, prêts aux entreprises et prêts agricoles). (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
Produit de prêt 3	Numéro de compte	Produit 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 la personne décédée

Titre	Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
Sexe	Renseignements sur toute autre assurance vie de la personne décédée (assureurs et numéros de police)		
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 (facultatif)	Courriel (facultatif)	
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, le Bureau de renseignements médicaux (MIB), 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 tout dossier ou renseignement concernant des troubles d'ordre psychologique ou liés au VIH/sida) 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.
- 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date de naissance (jour mois année)	Date du décès (jour mois année)	Lieu du décès
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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)