

COORDONNÉES

Adresse : CUMIS, une division de
Co-operators Compagnie d'assurance-vie
P.O.Box 5065, 151 North Service Road
Burlington (Ontario) L7R 4C2

Tél. : 1-800-361-3936 Téléc. : 1-800-897-7065

Courriel : claims.centre@cumis.com

Site web : www.cumis.com

DIRECTIVES

Écrire lisiblement en lettres moulées et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

Retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur ou par la poste (document original) aux coordonnées ci-contre.

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE

Institution financière _____

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom du représentant _____ Signature du représentant _____

Téléphone _____ Courriel _____

Numéro de compte de l'assuré _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

Date du décès _____ Lieu du décès _____
JJ/MMM/AAAA Ville _____ Province _____ Pays _____

Cause du décès _____

S'agit-il d'un décès accidentel? Oui Non Le décès est survenu à l'hôpital à la maison Autre _____

Indiquez le nom et l'adresse de tout médecin, spécialiste ou hôpital qui a traité l'assuré au cours des 5 dernières années.

Nom du médecin/spécialiste/hôpital	Adresse	Date(s)	Raison de la consultation

Usage du tabac : L'assuré a-t-il déjà consommé, sous quelque forme que ce soit, du tabac, de la marijuana, des produits à base de nicotine ou des substituts de nicotine (y compris les timbres et la gomme à la nicotine)? Oui Non

Si oui, indiquez la période de consommation : De _____ à _____
Année Année

3. AUTORISATION (À REMPLIR PAR UN REPRÉSENTANT AUTORISÉ)

Par la présente, j'autorise tout médecin, hôpital, clinique, pharmacie, ou autre établissement ou fournisseur de soins de santé, tout assureur, réassureur, régime d'assurance maladie provincial, agence ou régie gouvernementale, médecin légiste, coroner, ou tout autre fonctionnaire, officier ou agent équivalent, toute autorité policière et toute autre personne ou organisation détenant des renseignements médicaux, professionnels ou financiers ou de l'information personnelle pertinente me concernant à communiquer et à échanger avec La Compagnie d'Assurance-Vie Co-operators et, au besoin, ses réassureurs, tous tels renseignements pour les objets suivants : analyser et confirmer la justesse et le bien-fondé de ma demande de règlement, déterminer mon admissibilité aux prestations demandées, et administrer ou évaluer ma demande de règlement présentée au titre de la police d'assurance ou de toute autre police d'assurance établie par une filiale d'assurance du Groupe Co-operators limitée. Cette autorisation demeure valide pendant toute la durée de la demande de règlement à moins que je ne la révoque par écrit. Il est entendu que le fait de refuser ou de révoquer un tel consentement risque d'entraîner des retards dans le traitement de la demande ou le refus de sa prise en charge. Une copie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

_____ Signature du plus proche parent

Nom du plus proche parent _____

_____ Lien avec la personne décédée

Nom de la personne décédée _____

Date _____
JJ/MMM/AAAA

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT ET DOCUMENTS À FOURNIR

PRIME UNIQUE

Documents à fournir :

- Demande de prêt
- Billet à ordre
- Preuve de décès
 - Déclaration du médecin (à remplir par le coroner ou le dernier médecin traitant, selon le cas)
 - Si le solde est de plus de 75 000 \$ et que le décès est survenu moins de 2 ans après la prise d'effet de l'assurance
 - Certificat du directeur de funérailles/Certificat de décès provincial
 - Si le solde est de moins de 75 000 \$ et que le décès est survenu plus de 2 ans après la prise d'effet de l'assurance

Date du prêt assuré	Montant total du prêt assuré	Nouveau montant avancé (refinancement)	Taux d'intérêt lors du décès	Date du dernier paiement avant le décès (capital ou intérêt)	Solde du capital avant le décès

PRIME MENSUELLE – MARGE DE CRÉDIT (INCLUANT LES CARTES DE CRÉDIT)

Documents à fournir :

- Demande de marge de crédit
- Convention de marge de crédit
- 3 mois de relevés indiquant les activités sur la marge de crédit avant le décès
- Preuve de décès
 - Déclaration du médecin (à remplir par le coroner ou le dernier médecin traitant, selon le cas)

Date du prêt assuré	Montant total du prêt assuré	Nouveau montant avancé (refinancement)	Taux d'intérêt lors du décès	Date du dernier paiement avant le décès (capital ou intérêt)	Solde du capital avant le décès

ASSURANCE HYPOTHÉCAIRE COLLECTIVE

Documents à fournir :

- Acte hypothécaire original
- Convention de renouvellement la plus récente (le cas échéant)
- 6 mois de relevés hypothécaires antérieurs au décès
- Preuve de décès
 - Déclaration du médecin (à remplir par le coroner ou le dernier médecin traitant, selon le cas)
 - Si le solde est de plus de 75 000 \$ et que le décès est survenu moins de 2 ans après la prise d'effet de l'assurance
 - Certificat du directeur de funérailles/Certificat de décès provincial
 - Si le solde est de moins de 75 000 \$ et que le décès est survenu plus de 2 ans après la prise d'effet de l'assurance

Date du prêt assuré	Montant total du prêt assuré	Nouveau montant avancé (refinancement)	Taux d'intérêt lors du décès	Date du dernier paiement avant le décès (capital ou intérêt)	Solde du capital avant le décès

5. DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca

L'assurance crédit collective est souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des règlements, sont offerts par les employés de CUMIS Services Incorporated, une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie. CUMIS^{MD} est une marque déposée de CUMIS Insurance Society, Inc., utilisée avec permission.