

Demande de règlement — Assurance-crédit décès

Trousse « Demande de règlement »

La trousse « Demande de règlement » comprend : un feuillet d'instructions, les formulaires à remplir pour demander des indemnités d'assurance-vie et des renseignements importants sur le processus de règlement.

Veillez conserver le présent feuillet d'instructions pour pouvoir vous y reporter.

La trousse « Demande de règlement » comprend les formulaires suivants, qui doivent être remplis et soumis dès que raisonnablement possible :

- A** Déclaration du demandeur
- B** Preuve de décès – Déclaration du médecin
- C** Établissement financier – Demande de solde du prêt

Veillez en outre fournir une copie certifiée conforme du certificat de décès, du testament, des certificats de recherche testamentaire (Québec), ainsi qu'une copie du certificat d'assurance.

A Déclaration du demandeur

Dans ce formulaire, nous vous demandons des renseignements sur le certificat d'assurance, le concessionnaire et l'établissement financier, la personne décédée et le réclamant. Il nous faut votre permission pour obtenir des renseignements qui nous aideront à évaluer votre demande de règlement. En signant l'autorisation de divulgation, vous autorisez la société à obtenir des renseignements auprès des médecins de la personne décédée et autres fournisseurs de soins de santé, autorité gouvernementale, et autres, tel qu'indiqué dans l'autorisation.

B Preuve de décès – Déclaration du médecin

Ce formulaire doit être rempli par le médecin traitant la personne assurée au moment de son décès, son médecin de famille ou encore le coroner. Une copie certifiée conforme du rapport du coroner ou du Bulletin de décès SP-3 dûment rempli par un médecin (pour le Québec) est suffisante en remplacement du formulaire « Déclaration du médecin » complété. Ceci nous fournit des informations générales sur les causes du décès. Les honoraires que peuvent exiger les médecins pour remplir les formulaires sont à votre charge.

C Établissement financier – Demande de solde du prêt

Ce formulaire doit être complété par une personne autorisée de l'établissement financier en charge du prêt assuré, et retourné à nos bureaux. Le solde doit être celui étant dû à la date du décès. Sinon, vous pouvez nous envoyer une copie de l'historique de paiements du début du prêt à la date du décès. Veuillez noter que les paiements en retard, les frais, les intérêts, les paiements manqués, etc. ne sont pas couverts par le certificat.

Avant de soumettre votre demande de règlement :

- Assurez-vous d'avoir lu attentivement le certificat d'assurance, en particulier la section intitulée « LIMITATIONS ET EXCLUSIONS ».
- Assurez-vous que vous avez lu toutes les instructions, et que toutes les sections pertinentes des formulaires « Déclaration du demandeur », « Déclaration du médecin » et « Demande de solde du prêt » ont été bien remplies.
- Veillez à ce que votre demande de règlement soit complète; toute information manquante pouvant causer des retards.

Pour assurer le traitement rapide de votre demande de règlement :

- Veuillez transmettre votre demande de règlement à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à l'adresse indiquée en haut des formulaires de demande. N'envoyez pas les formulaires par télécopieur; envoyez-les plutôt par la poste ou par messagerie.
- Du fait que nos directeurs médicaux ne connaissent pas l'histoire médicale de la personne décédée, nous dépendons de la qualité des renseignements médicaux fournis à son sujet par ses médecins pour évaluer votre demande.
- Nous vous recommandons de soumettre votre demande de règlement dès que possible afin d'éviter des délais inutiles.

Dès la réception de votre demande de règlement :

- La société évalue les renseignements inscrits sur les formulaires de demande de règlement, détermine l'admissibilité aux indemnités du point de vue de la couverture et des limitations et exclusions, selon les termes du certificat d'assurance.
- Nous pouvons juger nécessaire de correspondre directement avec les médecins de la personne décédée afin d'obtenir les renseignements médicaux complémentaires dont nous avons besoin pour évaluer l'admissibilité aux indemnités.
- Il est possible que nous communiquions avec vous dans le futur afin d'obtenir des autorisations additionnelles exigées par un médecin, un coroner, une autorité gouvernementale ou autre, si cela est requis.
- Suite à la réception de tous les formulaires de demande de règlement originaux, nous communiquerons avec vous dans un délai de dix jours ouvrables pour vous informer :
 - si d'autres renseignements sont requis,
 - si votre demande de règlement est approuvée et payée, ou
 - si votre demande de règlement ne peut pas être traitée, et pour quelles raisons.



Demande de règlement — Assurance-crédit décès

Trousse « Demande de règlement » (suite)

Notes importantes et réponses à quelques questions fréquemment posées :

- Les coûts liés à la production de la preuve initiale de perte, dont le coût des renseignements fournis par les médecins traitants de la personne décédée, sont à votre charge. Lorsque la société s'adresse directement à ces médecins pour obtenir des renseignements, elle offre de payer des honoraires de correspondance pour ce service.
- Un **docteur diplômé en médecine** doit remplir la « Déclaration du médecin ».
- Nous vous rappelons qu'il incombe à la succession ou au co-débiteur du prêt de continuer à faire les versements à l'établissement financier jusqu'à ce que la demande de règlement ait été acceptée. Par conséquent, nous vous recommandons de communiquer avec l'établissement financier pour vous assurer de prendre les arrangements nécessaires durant l'évaluation de la demande de règlement.
- Si votre demande de règlement est acceptée, le montant de la prestation équivaldra au moins élevé des montants suivants :
 - le solde du prêt à la date du décès déterminé suivant un avis du créancier, moins tout arriéré dans les versements;
 - dans le cas d'un contrat de location, la valeur actualisée des paiements non réglés et la valeur résiduelle indiquée dans la proposition d'assurance, le cas échéant;
 - le maximum prévu aux termes du plan.
- Les indemnités seront versées directement à l'établissement financier pour réduire l'obligation financière aux termes du prêt. Nous vous aviserons de tous versements effectués.
- Soyez avisé(e) que le certificat d'assurance ne couvre pas les frais liés au retard ou au défaut de paiement, ni aux prolongations de prêt.
- N'hésitez pas à nous appeler si vous avez des questions concernant votre réclamation ou le processus de réclamation. Un de nos représentants du service à la clientèle se fera un plaisir de répondre à vos questions.
- Si vous ne pouvez pas nous joindre immédiatement, veuillez laisser un message. Nous nous efforçons de retourner tous les appels dans un délai d'un jour ouvrable.

VOUS POUVEZ NOUS CONTACTER À :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Service des règlements Vie et Invalidité

Adresse postale : C.P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6

Adresse municipale : 400-988, Broadway Ouest, Vancouver (C.-B.) V5Z 1K7

Numéro sans frais : 1 800 549-7227

Télécopieur : 1 833 733-9519 / 604 733-9519

A Demande de règlement — Assurance-crédit décès

Déclaration du demandeur

Veillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

Le fait de fournir ce formulaire ne constitue pas pour la société une admission de responsabilité et ne la prive d'aucun de ses droits.

LE DEMANDEUR DOIT REMPLIR CETTE SECTION

Numéro du certificat en vertu duquel une demande est soumise	Numéro(s) de(s) prêt(s) et/ou NIV	Date de l'achat (aaaa-mm-jj)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concessionnaire		
<input type="text"/>		
Nom de l'établissement financier/la caisse populaire	Adresse (établissement financier)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom de la personne à contacter (établissement financier)	Numéro de téléphone et poste de la personne à contacter (établissement financier)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

VEUILLEZ FOURNIR LES INFORMATIONS SUIVANTES CONCERNANT LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom complet de la personne décédée	Occupation	Lieu de naissance	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse du domicile			
<input type="text"/>			
Date du décès (aaaa-mm-jj)	Cause du décès	Lieu du décès (ex. : Domicile, hôpital, travail, etc.). SVP fournir le nom et l'adresse :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nom et adresse de tout médecin qui a traité la personne décédée dans les cinq dernières années :

Médecin de famille	Adresse	Date (aaaa-mm-jj)	Raison
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres médecins	Adresse	Date (aaaa-mm-jj)	Raison
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Faits relatifs aux autres polices d'assurance-vie et accident de la personne décédée :

Nom de la compagnie	Date d'effet (aaaa-mm-jj)	Montant de l'assurance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR

Votre nom (en lettres moulées)	Votre lien avec la personne décédée		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Votre adresse complète	Code postal	Numéro de téléphone	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

AUTORISATION

À titre d'ayant droit de l'assuré(e), JE CONSENS à donner les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et JE RECONNAIS que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter, administrer cette demande et la couverture de la police d'assurance. J'AUTORISE tout autre assureur, réassureur et établissement financier; médecin, établissement médical et fournisseur de soins de santé; employeur et administrateur d'assurance collective; agent ou courtier; agence d'enquête et de rapports de crédit, et toute personne et organisation susceptible d'avoir des renseignements personnels pertinents à la demande de règlement d'assurance-crédit décès de l'assuré(e), à communiquer ces renseignements à la société.

J'AUTORISE l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance, avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent pour les objectifs désignés ci-dessus ou tels qu'autorisés par moi-même ou légalement requis.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Exécuteur Administrateur Autre : _____

X

Signature du demandeur

X

Signature du témoin

Date (aaaa-mm-jj)

* SVP retourner avec une copie certifiée conforme du certificat de décès, une copie du testament, des certificats de recherche testamentaire (le cas échéant), ainsi qu'une copie du certificat d'assurance.

** Veuillez conserver toutes copies des documents que vous nous soumettez car il ne nous est pas possible de les retourner.

MC Marque de commerce d'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

B Demande de règlement — Assurance-crédit décès

Preuve de décès — Déclaration du médecin

Veillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

LES FRAIS ENCOURUS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT LA RESPONSABILITÉ DU DEMANDEUR

Nom complet de la personne décédée		Numéro de certificat(s)	
Résidence au décès, adresse postale		Ville	Province Code postal
Occupation	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Date du décès (aaaa-mm-jj)	
Lieu du décès (ex. : Domicile, hôpital, travail, etc.)		Le cas échéant, donner le nom de l'hôpital ou de l'établissement de santé	
Cause immédiate du décès (c'est-à-dire maladie, blessure ou complication ayant causé le décès)			
À quelle date situe-t-on le début du premier symptôme ou signe, selon le dossier médical? (aaaa-mm-jj)		Selon vous, depuis combien de temps cette maladie ou condition existait-elle?	
Autres conditions importantes (ayant contribué au décès sans être en rapport direct avec la maladie ou la condition causant le décès)			
Si le décès est dû à un accident, suicide ou homicide, veuillez préciser lequel et décrire brièvement			

Une enquête a-t-elle eu lieu?

Oui Non

Y a-t-il eu une autopsie? Si oui, qui l'a pratiquée et quels en furent les résultats?

Oui Non

La personne décédée était-elle connue comme fumeuse?

Oui Non

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été soignée dans les cinq dernières années par un autre médecin, dans un hôpital ou autre établissement de santé? Si oui, veuillez indiquer les informations ci-dessous :

Oui Non

Nom du médecin/hôpital/établissement	Adresse	Nature de la maladie ou blessure	Date (aaaa-mm-jj)

Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée dans les cinq ans précédant la dernière maladie? Oui Non

Si oui, veuillez inclure une copie complète du dossier médical de votre patient, y compris les notes cliniques, au cours des 12 derniers mois jusqu'à la date du décès.

Nom du médecin/coroner (en lettres moulées)		Numéro de téléphone	Télécopieur
Adresse	Ville	Province	Code postal

X

Signature du médecin/coroner

Date (aaaa-mm-jj)

C Demande de règlement – Assurance-crédit décès

Établissement financier – Demande de solde du prêt

Veillez remplir à l'encre,
en lettres moulées.

Nom (en lettres moulées)

Date de naissance (aaaa-mm-jj)

Numéro de certificat

Numéro de prêt et/ou NIV

À FAIRE REMPLIR PAR UNE PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER QUI FINANCE LE PRÊT

Afin d'avoir toutes les informations nécessaires concernant le solde du prêt/de la location au moment de prendre la décision sur la demande, veillez à ce que l'établissement financier nous fournisse les informations demandées ou nous donne une copie de l'historique de paiements du début du prêt jusqu'à la date du décès.

Prêt Location Numéro du prêt ou de la location

Date de début du prêt ou de la location (aaaa-mm-jj)

Date du premier paiement (aaaa-mm-jj)

Somme financée

Taux d'intérêt sur le prêt ou la location

Durée du prêt ou de la location

Amortissement

\$

%

%

Montant des versements

Fréquence des versements

Veillez indiquer si tous les paiements étaient à jour en date du **décès**

\$

Mensuels Bimensuels

Oui Non

Solde total dû en date du **décès**, sans les paiements en retard ou les intérêts en surplus

\$

Montant des versements restants de location en date du **décès**, sans les paiements en retard ou les intérêts en surplus

\$

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER

Nom de l'établissement financier

Adresse

Numéro de téléphone

Nom (en lettres moulées)

X
Signature

Date (aaaa-mm-jj)

AUTORISATION

En signant, j'autorise la compagnie d'assurance Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à obtenir et échanger des renseignements personnels concernant la personne assurée, nécessaires au traitement de cette demande de règlement – assurance-crédit décès. J'autorise également l'établissement financier indiqué ci-dessus à fournir des données financières concernant la personne assurée ou n'importe quels renseignements nécessaires à l'étude de la demande d'assurance-vie présentée à la société. La présente autorisation reste valable pour toute la durée de l'évaluation de la demande de règlement.

Je demande de considérer comme valide une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation.

Exécuteur Administrateur Autre : _____

X
Signature du demandeur

X
Signature du témoin

Date (aaaa-mm-jj)