

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉBITEUR / CODÉBITEUR

Veuillez remplir le formulaire en entier.

Je/Nous _____ et _____, désire/désirons résilier le certificat n° _____
DÉBITEUR ASSURÉ CODÉBITEUR ASSURÉ (S'IL Y A LIEU)

acheté chez _____ le _____
NOM DU CONCESSIONNAIRE Date

Protection à résilier : Vie Maladies grave Invalidité Perte d'emploi

REMBOURSEMENT

Veuillez choisir une des options suivantes et fournissez les renseignements requis pour le traitement

Remboursement au CRÉANCIER

Les renseignements suivants sont requis afin de traiter le remboursement au créancier :

NOM DU CRÉANCIER

N° DU PRÊT (SE RENSEIGNER AUPRÈS DU CRÉANCIER)

ADRESSE DU CRÉANCIER

Remboursement au DÉBITEUR / CODÉBITEUR ASSURÉ (seulement si le solde du prêt a été payé)

Les renseignements suivants sont requis afin de traiter le remboursement au client :

ADRESSE POSTALE ACTUELLE

Veillez joindre une preuve du solde payé : une copie ou un reçu de chèque ne constitue pas une preuve suffisante pour démontrer que le solde du prêt a été payé. Les institutions financières exigent une lettre provenant de votre source financière, décrivant les détails concernant le prêt ainsi que la date à laquelle le solde du prêt a été payé.

Remboursement au CONCESSIONNAIRE (seulement si le concessionnaire a payé le solde du prêt en situation d'échange)

Les renseignements suivants sont requis afin de traiter le remboursement au concessionnaire :

NOM ET ADRESSE DU CONCESSIONNAIRE

Veillez joindre une preuve du solde payé : une copie ou un reçu de chèque ne constitue pas une preuve suffisante pour démontrer que le solde du prêt a été payé. Les institutions financières exigent une lettre provenant de votre source financière, décrivant les détails concernant le prêt ainsi que la date à laquelle le solde du prêt a été payé.

SIGNATURE DU DÉBITEUR / CODÉBITEUR

Veuillez lire et signer ci-dessous.

Je comprends / Nous comprenons qu'en soumettant la présente demande de résiliation, Je renonce / Nous renonçons à mon / notre droit d'être couvert par le certificat mentionné ci-dessus. En cas de décès, de maladie grave, d'invalidité totale ou de perte d'emploi involontaire, Je suis / Nous sommes entièrement responsable(s) du remboursement de l'endettement, si le solde du prêt n'a pas été entièrement payé au créancier. Je comprends / Nous comprenons également que le traitement de la présente demande, ainsi que tout remboursement applicable, prendra deux à quatre semaines de traitement, à partir de la date à laquelle toute documentation requise sera reçue par Le Groupe financier LGM - Une division de LGM Financial Services Inc. Je conviens / Nous convenons également que si la date d'annulation survient plus de 30 jours après la date d'entrée en vigueur de l'assurance, des frais de gestion de cent dollars (100 \$) seront déduits de tout remboursement exigible.

SIGNATURE DU DÉBITEUR

SIGNATURE DU CODÉBITEUR (s'il y a lieu)

Date

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER LE PRÉSENT FORMULAIRE AINSI QU'UNE COPIE DE VOTRE CERTIFICAT À : LE GROUPE FINANCIER LGM - UNE DIVISION DE LGM FINANCIAL SERVICES INC. AU NUMÉRO 1.800.510.7605