

Annulation de l'assurance crédit collective facultative et à participation volontaire

Prime unique – Quiétude/ Essentiel / Essentiel Plus

RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉBITEUR ET LE CODÉBITEUR ASSURÉS			
Débiteur assuré :		Date de naissance (mm/jj/aaaa) :	
Codébiteur assuré :		Date de naissance (mm/jj/aaaa) :	
N° de certificat :		Date d'entrée en vigueur de l'assurance (mm/jj/aaaa) :	
RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT COLLECTIF ou SUR LE CONCESSIONNAIRE			
Numéro du contrat collectif :	Titulaire du contrat collectif :		
RENSEIGNEMENTS SUR L'ANNULATION :		Date d'annulation (mm/jj/aaaa) :	
Produit à annuler:	<input type="checkbox"/> Quiétude*	<input type="checkbox"/> Essentiel	<input type="checkbox"/> Essentiel Plus
*Remarque: Toutes les garanties d'assurance seront annulées			
REMBOURSEMENT – Veuillez choisir une des options offertes ci-après et fournir les autres renseignements nécessaires en vue du traitement de votre demande.			
<input type="checkbox"/> Remboursement au créancier			
Les renseignements demandés ci-dessous sont nécessaires pour traiter la demande de remboursement au créancier.			
Nom du créancier _____		N° du prêt (à obtenir auprès du créancier) _____	
Adresse du créancier _____			
<input type="checkbox"/> Remboursement au débiteur ou au codébiteur assurés (remboursement possible seulement si le prêt a été remboursé en entier)			
Les renseignements demandés ci-dessous sont nécessaires pour traiter la demande de remboursement au client.			
Adresse postale actuelle _____			
Veillez joindre une preuve de remboursement en entier du prêt : les copies de chèques ou les accusés de réception de chèques ne constituent pas une preuve suffisante du remboursement complet d'un prêt. Les institutions financières demandent à ce qu'une lettre fournie par votre créancier soit produite et que cette lettre comprenne des renseignements détaillés sur le prêt ainsi que la date à laquelle ce prêt a été remboursé en entier.			
<input type="checkbox"/> Remboursement au concessionnaire (remboursement possible seulement si le concessionnaire a remboursé le prêt en entier dans le cadre d'un échange de véhicule)			
Les renseignements demandés ci-dessous sont nécessaires pour traiter la demande de remboursement au concessionnaire.			
Nom et adresse du concessionnaire _____			
Adresse du créancier _____			
Veillez joindre une preuve de remboursement en entier du prêt : les copies de chèques ou les accusés de réception de chèques ne constituent pas une preuve suffisante du remboursement complet d'un prêt. Les institutions financières demandent à ce qu'une lettre fournie par votre créancier soit produite et que cette lettre comprenne des renseignements détaillés sur le prêt ainsi que la date à laquelle ce prêt a été remboursé en entier.			
SIGNATURE(S) D'AUTORISATION DU DÉBITEUR OU DU CODÉBITEUR ASSURÉS			
Pour les résidents du Québec : En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule/nous annulons le certificat d'assurance numéro : _____			
Je conviens / Nous convenons que, en présentant la présente demande d'annulation, je renonce / nous renonçons à notre admissibilité à la couverture prévue au titre du certificat susmentionné. En cas de décès, de maladie grave (seulement applicable à Quiétude), d'invalidité ou de perte d'emploi involontaire, je conviens / nous convenons que je suis tenue(e) / nous sommes tenus de rembourser la présente dette, si le prêt n'a pas déjà été remboursé en entier au créancier. Je conviens / Nous convenons également que la présente demande, ainsi que tout remboursement applicable, sera traitée dans les 2 à 4 semaines à compter de la date à laquelle tous les documents nécessaires auront été reçus par Les Services Administratifs en Assurance Collective LGM. 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 assuré _____	Signature du codébiteur assuré (s'il y a lieu) _____	Date (jj/mm/aaaa) _____	
Veuillez transmettre par courriel, à l'adresse service@lgm.ca , ou par télécopieur, au numéro 1 800 510-7605, le présent formulaire dûment rempli, une copie de votre certificat ainsi qu'une preuve de paiement, s'il y a lieu.			