

## 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"/> <b>Remboursement au créancier</b><br>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"/> <b>Remboursement au débiteur ou au codébiteur assurés (remboursement possible seulement si le prêt a été remboursé en entier)</b><br>Les renseignements demandés ci-dessous sont nécessaires pour traiter la demande de remboursement au client.  |  |  |                         |
| Adresse postale actuelle _____   |  |  |                         |
| <b>Veillez joindre une preuve de remboursement en entier du prêt :</b> 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"/> <b>Remboursement au concessionnaire (remboursement possible seulement si le concessionnaire a remboursé le prêt en entier dans le cadre d'un échange de véhicule)</b><br>Les renseignements demandés ci-dessous sont nécessaires pour traiter la demande de remboursement au concessionnaire.   |  |  |                         |
| Nom et adresse du concessionnaire _____  |  |  |                         |
| Adresse du créancier _____   |  |  |                         |
| <b>Veillez joindre une preuve de remboursement en entier du prêt :</b> 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 Le Groupe financier 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 <a href="mailto:service@lgm.ca">service@lgm.ca</a> , 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.   |  |  |                         |