



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE
MEMBRE DE RÉGIME ET PERSONNE À CHARGE – DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Le présent formulaire doit être rempli par l'employeur ou par l'administratrice ou l'administrateur de régime.

Renseignements sur l'employé

Nom de famille - membre de régime : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
mm/ij/aaaa
 Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
numéro et rue
 N° de contrat : _____ N° de certificat : _____

Demande de réclamation d'assurance vie collective - membre de régime

Nom de famille - membre de régime : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
mm/ij/aaaa
 Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
numéro et rue

Date de début d'emploi : _____ Dernier jour de travail avant le décès : _____
mm/ij/aaaa

Si la personne décédée n'était pas effectivement au travail au décès, veuillez en indiquer la raison : Congé de maladie
 Personne retraitée
 Autre (Veuillez préciser.)
 Date de l'absence : _____

Salaire actuel* : _____ \$ Date de décès : _____ Cause de décès : Accident (D'autres renseignements pourraient s'avérer nécessaires.)
mm/ij/aaaa
 Autre (Veuillez préciser.)
 Inconnue pour le moment

* Remarque : comme indiqué dans votre contrat d'assurance collective, si le salaire actuel ne correspond pas au montant indiqué sur votre dernier relevé de facturation, nous tiendrons compte du plus petit des montants suivants : le salaire courant ou le montant facturé.

Demande de réclamation d'assurance vie collective - personne à charge

Nom de famille - personne décédée : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
mm/ij/aaaa
 Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
numéro et rue

Date de décès : _____ Lien avec l'employée ou l'employé : Conjointe ou conjoint
mm/ij/aaaa
 Conjointe de fait ou conjoint de fait
 Enfant
 Autre (Veuillez préciser.) _____

Montant de l'assurance vie pour personnes à charge : _____ \$ Cause de décès : Accident (D'autres renseignements pourraient s'avérer nécessaires.)
 Autre (Veuillez préciser.)

Date d'embauche de l'employée ou de l'employé : _____
mm/ij/aaaa

L'employé était-il effectivement au travail au décès de la personne à charge? Oui Non



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE
MEMBRE DE RÉGIME ET PERSONNE À CHARGE – DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Si l'employée ou l'employé n'était pas effectivement au travail au décès, veuillez indiquer le dernier jour de travail et la raison : _____
mm/ij/aaaa

Congé de maladie

Personne retraitée

Autre (Veuillez préciser.) _____

Si la personne à charge de la personne assurée est un enfant âgé de plus de 18 ans, veuillez remplir ce qui suit (le cas échéant) :

i. Date prévue de la fin des études à temps plein : _____
mm/ij/aaaa

ii. Date à laquelle la personne à charge a occupé un emploi à temps plein : _____
mm/ij/aaaa

iii. La personne à charge était-elle mariée au moment du décès? Oui Non

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur titulaire du contrat d'assurance collective : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
numéro et rue

Signature autorisée : _____ Nom en lettres moulées : _____

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Lieu de signature (ville, province) : _____

Date : _____
mm/ij/aaaa

Veuillez nous faire parvenir le présent formulaire dûment rempli par télécopieur en y annexant la documentation pertinente au **1 888 505-4373** ou nous le faire parvenir par la poste à l'adresse suivante (**veuillez ne pas utiliser d'agrafes**) :

Assurance vie Équitable du Canada
Services des réclamations d'assurance invalidité, Assurance collective
One Westmount Road North
P.O. Box 1603 Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Remarque : L'Assurance vie Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 265-4556.