



## DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE DU PROMOTEUR DE RÉGIME

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 de la ou du membre : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
mm/jj/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 de la ou du membre : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
mm/jj/aaaa  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
numéro et rue

Date de début d'emploi : \_\_\_\_\_ Dernier jour de travail avant le décès : \_\_\_\_\_  
mm/jj/aaaa mm/jj/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 : \_\_\_\_\_

Salaires actuel\* : \_\_\_\_\_ \$ Date de décès : \_\_\_\_\_ Cause de décès :  accident (d'autres renseignements pourraient  
mm/jj/aaaa s'avérer nécessaires)

autre (veuillez précisez)

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 de la personne décédée : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
mm/jj/aaaa  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
numéro et rue

Date de décès : \_\_\_\_\_ Lien avec l'employée ou l'employé :  conjointe ou conjoint  
mm/jj/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 précisez)

Date d'embauche de l'employée ou de l'employé : \_\_\_\_\_  
mm/jj/aaaa

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



## DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE DU PROMOTEUR DE RÉGIME

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**) :

Équitabe  
Services des réclamations d'assurance invalidité, Assurance collective  
1, chemin Westmount Nord  
C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

**Remarque :** L'Équitable<sup>MD</sup> 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'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.