



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE – DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Directives

1. Si la prestation de décès doit être versée à toute personne bénéficiaire désignée :
 - a) La personne bénéficiaire désignée doit remplir la présente déclaration, sauf si cette personne est mineure.
 - b) S'il y a plusieurs personnes bénéficiaires, chaque personne bénéficiaire devra remplir la déclaration du requérant séparément.
 - c) Si l'une de ces personnes est mineure, sa fiduciaire ou son fiduciaire désigné doit remplir la présente déclaration au nom de cette personne bénéficiaire mineure.
 - d) Si aucune personne fiduciaire n'a été désignée, sa tutrice, son tuteur ou toute autre personne légalement autorisée à administrer ses biens doit remplir la présente déclaration et y joindre une copie conforme du document faisant foi de sa désignation à titre de tutrice ou de tuteur.

2. Si le contrat est payable aux ayants droit à la succession, le chèque sera libellé à l'ordre de « Les ayants droit ».

Délai de prescription

Une disposition concernant le délai de prescription décrit la période pendant laquelle vous pouvez commencer des procédures judiciaires pour recouvrer les prestations du contrat.

Cette période est prévue par la loi sur les assurances ou autre loi qui s'applique à votre demande de réclamation.

Renseignements sur le requérant

Nom de famille de la requérante ou du requérant : _____ Prénom : _____

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

Numéro de téléphone : _____ Date de naissance : _____ Lien avec la personne décédée : _____

Fondement de la demande de réclamation du requérant : Bénéficiaire désignée ou désigné Fiduciaire Tutrice ou tuteur de la personne bénéficiaire
 Représentante ou représentant successoral Autre (veuillez préciser) : _____

Renseignements sur la personne décédée

La personne décédée est : la membre ou le membre la conjointe ou le conjoint la personne à charge

Numéro de contrat : _____

Nom de famille de la personne assurée : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Appartement ou bureau : _____
 numéro et rue

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro d'assurance sociale : _____ Date de naissance : _____ Statut matrimonial au décès : _____
 mm/jj/aaaa

Cause de décès précise : _____ Lien avec la membre ou le membre (s'il ne s'agit pas du membre) : _____

Lieu du décès : _____ Date de décès : _____
 mm/jj/aaaa



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE – DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Nom et adresse de tous les médecins qui ont traité la personne décédée au cours des deux dernières années.

Nom	Adresse	Date	Raison

Autorisation et attestation

Je déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets.

Aux fins de la tarification, de l'administration, ainsi que du traitement et du règlement des réclamations liées au contrat d'assurance collective, et à tout autre document complémentaire, j'autorise L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Assurance vie Équitable »), ses employés, ses représentants et ses fournisseurs de services à utiliser mes renseignements personnels et à les partager avec des réassureurs, des assureurs, des organismes d'enquête, des fournisseurs de soins de santé, des établissements médicaux et toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation.

Aux fins indiquées ci-dessus, j'autorise tous les médecins, les praticiens, les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les cliniques ou tout autre établissement médical, les pharmaciens, les compagnies d'assurance, les employeurs (actuels ou antérieurs), la commission des accidents du travail provinciale, les régimes de paiement des prestations ou de soins médicaux, les fournisseurs de services et toute autre institution, personne ou partie ayant des dossiers ou des renseignements sur le décès de la personne décédée, à divulguer à l'Assurance vie Équitable de tels renseignements, y compris les antécédents médicaux pertinents à la présente demande de réclamation et aux prestations.

J'autorise et demande à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada de soustraire du produit de l'assurance vie payable à mon ordre tout montant de prestation d'invalidité versé par l'Assurance vie Équitable que la personne décédée a perçu en trop.

Une photocopie de la présente reconnaissance aura la même valeur légale que le document original.

Signature d'un témoin : _____

Nom de la témoin ou du témoin : _____

Lieu de signature (ville) : _____ Lieu de signature (province) : _____ Date : _____
mm/jj/aaaa

Signature du requérant : _____

Adresse : _____ Appartement ou bureau : _____
numéro et rue

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone (au domicile) : _____ Numéro de téléphone (au travail) : _____

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