

**DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE 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 doit remplir le formulaire séparément.
  - c) Si l'une de ces personnes est mineure, sa 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 toute 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 (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

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 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 (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Statut matrimonial au décès : \_\_\_\_\_ Cause de décès précise : \_\_\_\_\_

Lien avec la ou le membre (s'il ne s'agit pas du membre) : \_\_\_\_\_

Lieu du décès : \_\_\_\_\_ Date de décès (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_



## DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE 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<sup>MD</sup>, 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'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 de soustraire du produit de l'assurance vie payable à mon ordre tout montant de prestation d'invalidité versé par l'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 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 (domicile) : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (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**) :

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