

Preuve de décès – Déclaration du demandeur

La compagnie, en fournissant ce formulaire de demande ou tout autre formulaire au demandeur, n'admet aucune responsabilité ni ne se désiste d'aucun droit.

Veillez fournir l'information suivante concernant la personne décédée

Police en vertu de laquelle cette demande est faite

Nom complet de la personne décédée

Adresse du domicile

Date de naissance

Date du décès

Cause du décès

J | J | M | M | A | A | A | A

J | J | M | M | A | A | A | A

Lieu du décès

Lieu de naissance

Occupation

Nom et adresse de tout médecin ayant examiné la personne décédée dans les cinq dernières années

Nom	Adresse	Date	Raison
Nom du médecin de famille		J J M M A A A A	
Autres médecins		J J M M A A A A	
		J J M M A A A A	

Faits relatifs à toute autre Assurance sur la vie ou Assurance-Accident sur la vie de la personne décédée

Nom de la compagnie	Date de la police	Montant de l'assurance
	J J M M A A A A	
	J J M M A A A A	

Cette section doit être remplie par chaque bénéficiaire désigné sur la police

Nom du bénéficiaire	No. d'assur. soc./no. d'identif. fiscale		
Adresse postale	Code postal	Numéro de téléphone	Courriel

Avez-vous 18 ans ou plus? Oui Non Si non, indiquez votre date de naissance J | J | M | M | A | A | A | A (Veillez fournir une copie de l'acte de naissance du mineur)

Votre lien avec la personne décédée : _____

En quelle qualité formulez-vous cette demande de règlement?

Bénéficiaire Exécuteur ou Liquidateur de la succession Cessionnaire Autre (spécifiez): _____

Nom du demandeur (si différent du bénéficiaire) _____ Adresse _____

Numéro de téléphone _____ Courriel _____

Je déclare que les renseignements fournis dans la Déclaration du demandeur sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone concernant la présente demande de règlement sera exacte et complète. Je consens à ce que toutes ces déclarations forment la base de toute indemnité approuvée par suite de cette demande de règlement.

Fait à _____ le _____ Jour de _____ Mois année _____ Année (4 chiffres)

Témoïn

Signature du demandeur

Autorisation

À titre d'ayant droit de l'assuré(e), je CONSENS À DONNER les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter, administrer cette demande et la couverture de la police d'assurance. J'AUTORISE tout autre assureur, réassureur et établissement financier; médecin, établissement médical et fournisseur de soins de santé; employeur et administrateur d'assurance collective; agent ou courtier; agence d'enquête et de rapports de crédit, et toute personne et organisation susceptible d'avoir des renseignements personnels pertinents à la réclamation de décès de l'assuré(e), à communiquer ces renseignements à la société.

J'AUTORISE la société à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance, avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent pour les objectifs désignés ci-dessus ou tels qu'autorisés par moi-même ou légalement requis.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

EXÉCUTEUR ADMINISTRATEUR BÉNÉFICIAIRE

AUTRE : _____

Signature de l'ayant droit

Date de la signature J | J | M | M | A | A | A | A

S.V.P. retourner avec un certificat de décès

SI VOUS DÉSIREZ QU'IL VOUS SOIT RETOURNÉ, COCHEZ ICI