

DÉCLARATION DU DEMANDEUR RELATIVE À L'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

DIRECTIVES AU VERSO

Renseignements sur la personne décédée			
Nom de la personne décédée		<input type="checkbox"/> Participant de régime <input type="checkbox"/> Personne à charge	
Date de naissance	Date du décès	Cause du décès	
Adresse			
Nom du régime La Compagnie d'Assurance Canada-Vie du Canada		Numéro de police d'assurance vie collective 177914	Numéro d'identification du participant de régime
Règlement demandé		_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Assurance vie			
<input type="checkbox"/> Garantie Mort accidentelle			
Lorsque les sommes dues sont payables au successible, veuillez inclure le numéro d'assurance sociale _____			

Renseignements sur le demandeur	
Nom du demandeur	Lien avec la personne décédée
Adresse	
Numéro de téléphone	Date de naissance du demandeur
Numéros d'assurance sociale, de sécurité sociale ou de compte de contribuable _____	
Veuillez indiquer à quel titre vous faites la demande de règlement (cochez une case)	
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire désigné <input type="checkbox"/> Tuteur légal du bénéficiaire ou curateur <input type="checkbox"/> Représentant légal de la succession <input type="checkbox"/> Fiduciaire	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez _____	
Les sommes dues au titre de l'assurance vie sont non imposables. Veuillez nous informer comment vous désirez recevoir ces sommes :	
<input type="checkbox"/> J'ai opté pour un versement forfaitaire de ces sommes.	
<input type="checkbox"/> J'aimerais rencontrer un conseiller financier afin de discuter des options de règlement qui me sont offertes. Le meilleur moment pour me joindre est _____	

Protection de votre vie privée

Nous accordons une grande importance à la confidentialité des renseignements vous concernant. Nous conservons tous vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel dans nos bureaux, ou dans les bureaux d'une organisation qui possède notre autorisation. Les seules personnes ayant accès à vos renseignements personnels sont les suivantes : les employés de la Canada Vie et les personnes autorisées, qui en ont besoin pour effectuer leur travail et pour traiter votre demande de règlement, les personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès, les personnes autorisées par la loi, tant au Canada que dans tout autre territoire où vos renseignements personnels sont conservés. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels, visitez le site canadavie.com ou écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie.

Autorisations et déclarations

J'autorise la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie ou avec le gestionnaire du régime du défunt, au Canada ou hors du Canada, à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin d'enquêter et d'évaluer ma demande de règlement, de gérer le régime collectif et de vérifier l'évaluation de la demande de règlement. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour la déclaration de revenus. Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire ont pour objet le versement du capital assuré (dans mon propre intérêt ou au nom d'un bénéficiaire) et je déclare que je suis en droit de toucher les sommes payables en totalité ou en partie aux termes de la police d'assurance vie collective. J'atteste qu'en me versant le produit de l'assurance, la Canada Vie s'est acquittée de ses obligations à mon égard. En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit : j'ai lu et compris le contenu de ce formulaire et j'autorise la Canada Vie à recueillir, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels à mon égard; que toutes les déclarations que j'ai faites en ce qui concerne ma demande de règlement sont véridiques et complètes; que mon autorisation est valide jusqu'à ce que je la révoque par écrit et qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du demandeur

Date

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

DÉCLARATION DU DEMANDEUR RELATIVE À L'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

DIRECTIVES

Qui doit remplir la *Déclaration du demandeur relative à l'assurance vie collective*

Sommes dues payables à la ou aux personnes suivantes :					
Bénéficiaire adulte	Bénéficiaire mineur ou n'ayant pas la capacité juridique nécessaire, résidant au Québec	Bénéficiaire mineur ou n'ayant pas la capacité juridique nécessaire, résidant à l'extérieur du Québec	Demandeur incapable de gérer ses finances	Succession	Succession au Québec lorsqu'il n'y a aucun testament
1 ou 2	2 ou 3 ou 4	2 ou 4	5	6	7
1. Bénéficiaire 2. Fiduciaire (copie des documents sur la fiducie requise) 3. Tuteur légal ou curateur (copie du jugement requise) 4. Tuteur par nomination judiciaire des biens du bénéficiaire (copie de l'ordonnance du tribunal requise)			5. Représentant légal du demandeur (copie du jugement requise) 6. Représentant légal de la succession 7. Héritiers légaux		

Documents requis à l'égard de la *Déclaration du demandeur relative à l'assurance vie collective* (les copies sont acceptées à moins d'indications contraires)

Assurance vie mobile	Assurance vie mobile supérieure à 100 000 \$ au Québec	Assurance vie mobile à l'extérieur de l'Amérique du Nord	Garantie Mort accidentelle	Prestation d'assurance supérieure à 100 000 \$ payable au successible – au Québec	Prestation d'assurance supérieure à 100 000 \$ payable au successible – à l'extérieur du Québec
2	9	10	1 ou 2 et 3, 4	5, 6 et 7 ou 8	2 et 9
1. Certificat de décès ou attestation de décès du directeur des funérailles 2. Certificat de décès du médecin traitant – M63(f) 3. Rapport de police ou rapport d'accident en milieu de travail 4. Rapport du médecin examinateur, rapport du coroner ou rapport d'autopsie 5. Acte de décès au Québec (complet) – document émis par le Directeur de l'état civil du Québec			6. Certificat de recherche testamentaire émis par la Chambre des notaires et le Barreau du Québec 7. Testament notarié ou olographe accompagné du jugement ou du procès-verbal 8. Déclaration des héritiers légaux, s'il n'y a aucun testament 9. Testament notarié et lettre d'homologation ou certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession ou lettres d'administration 10. Certificat de décès original ou copie certifiée par un notaire du certificat de décès		

* La Canada-Vie se réserve le droit de demander tout renseignement supplémentaire nécessaire.

Veillez retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Indemnités Vie, Client collectif
 La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
 60 rue Osborne N
 Winnipeg MB R3C 1V3

Ou

Par courriel : grouplifebenefits@canadavie.com
 Par télécopieur : 204-946-8783

Communication par courriel – note importante :

Internet n'est pas un moyen de communication sûr. Nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son message à communiquer avec nous en se servant d'autres moyens.

ASSURANCE VIE MOBILE COLLECTIVE – CERTIFICAT DE DÉCÈS DU MÉDECIN TRAITANT

Je certifie par la présente que _____

domicilié(e) à _____

est mort(e) le _____ 20 _____ de

(cause principale) _____

(cause secondaire) _____

Quand la maladie a-t-elle été diagnostiquée? _____

Selon vous, quand la dernière maladie est-elle devenue assez grave pour empêcher la personne décédée de travailler?

Type de décès? Mort naturelle Mort accidentelle Suicide Homicide Indéterminé

La personne décédée fumait-elle? Oui Non

Fait le _____ 20 _____

La présente doit être remplie au complet par le médecin traitant.

Dr. _____
(Signature du médecin)

(Nom du médecin en caractères d'imprimerie)

(Adresse)

(Numéro de téléphone)