

**INSTRUCTIONS**

Remplir et retourner ce formulaire avec une copie originale de l'acte de décès.

La Déclaration du demandeur doit être remplie par l'adhérent dans le cas du décès d'un enfant ou du conjoint. S'il s'agit du décès de l'adhérent, cette section sera remplie par le bénéficiaire. Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, les documents légaux appropriés (testament et certificats de recherche testamentaire, déclaration d'hérédité, etc.) devront être fournis pour prouver les droits du demandeur. D'autres documents pourront être requis par l'assureur s'il le juge nécessaire à l'étude de la demande.

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

N° de groupe : \_\_\_\_\_ N° d'ID : \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_  
vos prénom et votre nom de famille

Adresse : \_\_\_\_\_  
rue appartement ville province code postal

Date de naissance : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 NAS : \_\_\_\_\_

État civil :  célibataire  marié  séparé  divorcé  conjoint de fait

Nom de la personne décédée : \_\_\_\_\_  
prénom et nom de famille

Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
le cas échéant, précisez le lien de parenté entre vous et la personne décédée

À quel titre faites-vous cette demande :  bénéficiaire  liquidateur testamentaire  héritier  autre : \_\_\_\_\_  
préciser à quel titre ou en quelle qualité vous agissez

**Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont complètes et véridiques.**

Date : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Demandeur : \_\_\_\_\_ Témoïn : \_\_\_\_\_  
Signature Signature

**ATTESTATION MÉDICALE**

Nom du défunt : \_\_\_\_\_  
nom et prénom de la personne décédée

Date de naissance : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 Date du décès : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Cause première du décès : \_\_\_\_\_

Cause secondaire du décès : \_\_\_\_\_

Si le décès est attribuable à un accident, veuillez décrire : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 Dernière consultation : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Y-a-t-il eu autopsie ?  oui  non Enquête du coroner ?  oui  non

Date : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 Signature : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ N° du permis d'exercice : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

Nom de l'adhérent : \_\_\_\_\_  
prénom et nom de votre employé

Nom de la personne décédée : \_\_\_\_\_  
prénom et nom

Date du dernier jour de travail de l'adhérent : 

J	J	M	M	A	A	A	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 Montant assuré : \_\_\_\_\_ \$

Si l'assurance a été résiliée, veuillez indiquer à quelle date et pour quelles raisons : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Avez-vous des doutes sur la validité de cette demande ?  oui  non

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date : 

J	J	M	M	A	A	Y	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 Signature : \_\_\_\_\_