

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE SUR LA VIE DES PERSONNES À CHARGE ET PREUVE DE DÉCÈS



EXCELLENCE^{MC}
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE

5055, Métropolitain Est, bureau 202, Montréal, Québec H1R 1Z7 • Tél. : 514-327-0020 • 1-800-465-5818 • Télécopieur : 514-327-9313

**IMPORTANT : VEUILLEZ NOUS RETOURNER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI ACCOMPAGNÉ DES CERTIFICATS DE DÉCÈS ET DE
NAISSANCE. DANS LE CAS D'UN DÉCÈS ACCIDENTEL, VOUS DEVEZ INCLURE UNE COPIE DU RAPPORT FINAL DU CORONER.**

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ(E) PRINCIPAL(E) RÉCLAMANT

1. N° de contrat : _____
2. Nom et prénom(s) de l'assuré(e) principal(e) : _____
3. Adresse: _____
4. État matrimonial au moment du décès : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Conjoint(e) de fait
5. Nom et prénom(s) de la personne à charge décédée : _____
6. ÂGE : _____ Sexe : _____ Lien de parenté avec l'assuré(e) principal(e): _____

Je demande, par la présente, le montant de la garantie d'assurance sur la vie des personnes à charge auquel j'ai droit selon les faits établis ci-dessus.

Signature de l'assuré(e) principal(e) réclamant : _____ Date: |—j—|—m—|— a — —|
Signature du témoin : _____ Date: |—j—|—m—|— a — —|

DÉCLARATION DU MÉDECIN (À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN AYANT CONSTATÉ LE DÉCÈS)(LES FRAIS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU RÉCLAMANT)

1. Date du décès: |—j—|—m—|— a — —| 2. Depuis quand connaissez-vous la personne décédée? |—j—|—m—|— a — —|
3. Date de la 1^{re} consultation pour la condition ayant entraîné le décès: |—j—|—m—|— a — —|
4. Date de la dernière consultation pour la condition ayant entraîné le décès: |—j—|—m—|— a — —|
5. Cause immédiate du décès: _____
6. Cause éloignée du décès: _____
7. Si le décès résulte: d'un accident d'un suicide d'un homicide
Veuillez expliquer: _____
8. Une enquête a-t-elle été tenue? OUI NON 9. Une autopsie a-t-elle été pratiquée? OUI NON
Si oui, donnez les détails complets: _____

Je certifie que les déclarations faites sont complètes et véridiques.

Nom, prénom: _____ (en lettres mouillées) Signature: _____
Date: |—j—|—m—|— a — —| N° de permis: _____ Omnipraticien
Adresse: _____ Spécialiste, précisez: _____
Téléphone: _____ Télécopieur: _____