

INFORMATION RELATIVE À LA PERSONNE DÉCÉDÉE			
1. No(s) contrat(s)-certificat(s)	2. Montant	3. Nom / Prénom	
	\$		
	\$	4. Adresse	
	\$		
5. Emploi de l'assuré		6. No d'assurance sociale	7. Date de naissance
8. Quand sa santé a-t-elle commencé à décliner?		9. Date de la première consultation pour la dernière maladie	10. Date du décès
11. Lieu du décès	12. Cause du décès		
13. Nom et adresse de tout médecin qui a soigné la personne décédée pendant la dernière maladie ou pendant les cinq dernières années			
Nom du médecin	Adresse	Date	Maladie ou condition
14. Nom et adresse de tout hôpital où la personne décédée a été traitée pendant les cinq dernières années			
Nom de l'hôpital	Adresse	Date	
15. LA PERSONNE DÉCÉDÉE ÉTAIT :		MARIÉE, MAIS LORS DU DÉCÈS :	
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Mariée	<input type="checkbox"/> Divorcée depuis le	<input type="checkbox"/> Mariage annulé
<input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait, depuis le	<input type="checkbox"/> Séparée légalement depuis le	<input type="checkbox"/> Séparée de fait seulement
16. Si le(s) bénéficiaire(s) du contrat sont des enfants, veuillez donner les détails suivants :			
Nom	Âge	No d'assurance sociale	Adresse
17. Détails des autres protections d'assurance sur la vie de la personne décédée auprès d'autres assureurs			
Nom de l'assureur	No contrat	Date du contrat	Montant
			\$
			\$

INFORMATION RELATIVE AU DEMANDEUR			
18. En quelle qualité formulez-vous cette demande de règlement?		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire du contrat d'assurance	<input type="checkbox"/> Succession
19. Nom / Prénom	20. Lien de parenté avec la personne décédée	21. Date de naissance	22. No d'assurance sociale

JE CERTIFIE QUE LES DÉCLARATION FAITES DANS CE DOCUMENT SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES. JE PERMETS EXPRESSÉMENT, J'AUTORISE ET DONNE INSTRUCTION À TOUT AUTRE ASSUREUR, RÉASSUREUR, À TOUT MÉDECIN, CHIRURGIEN OU TOUTE AUTRE PERSONNE QUI A EXAMINÉ OU SOIGNÉ LA PERSONNE DÉCÉDÉE, ET À TOUT HÔPITAL OU AUTRE INSTITUTION AUXQUELS LA PERSONNE DÉCÉDÉE S'EST ADRESSÉE POUR SE FAIRE SOIGNER OU DANS LESQUELS ELLE A REÇU QUELQUE TRAITEMENT, DE RÉVÉLER COMPLÈTEMENT À LA COMPAGNIE L'EXCELLENCE OU À SON REPRÉSENTANT DÛMENT AUTORISÉ, TOUS LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSÈDENT SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE.

J'AUTORISE LA COMPAGNIE 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 ET ENTREPRISE SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS PERTINENTS À CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT À LES TRANSMETTRE À LA COMPAGNIE.

**JE CONFIRME QU'UNE PHOTOCOPIE OU UNE VERSION ÉLECTRONIQUE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION A LA MÊME VALEUR QUE L'ORIGINAL.**

Signature du demandeur	Adresse	No téléphone	Date
Signature du témoin	Adresse	No téléphone	Date