



DÉCLARATION DU DEMANDEUR EN CAS DE DÉCÈS
ASSURANCE VIE ÉMISE DEPUIS MOINS DE 10 ANS OU MONTANT DE 200 000\$ ET PLUS

1. Nom de la personne décédée : _____ NAS : ____/____/____
Adresse : _____ Date de naissance : ____/____/____
État civil au moment du décès : Célibataire Mariée Veuve Divorcée depuis le _____
 Conjoint de fait Séparée de fait depuis le _____ Séparée légalement depuis le _____
2. Demande de règlement : Police : _____ Montant (si connu) : _____

 contrat ci-joint contrat introuvable
3. Décès : Date : ____/____/____ Lieu : _____
a) Cause immédiate du décès : _____
b) Quand sa maladie a-t-elle commencé? _____
c) Date de la première consultation pour cette maladie? _____
4. Usage du tabac :
Est-ce que la personne décédée faisait usage du tabac, de produits de cessation de tabac ou de marijuana? Oui Non
Si OUI, depuis quand? _____ Indiquez sa consommation quotidienne _____
Si NON, a-t-elle déjà fait usage de tabac, de produits de cessation du tabac ou de marijuana? Oui Non Si OUI,
quand a-t-elle arrêtée ? _____ Quelle était sa consommation quotidienne avant d'arrêter ? _____
5. Médecin(s) consulté(s) au cours des deux (2) dernières années :
Nom : _____ Nom : _____
Adresse : _____ Adresse : _____
Date : _____ Date : _____

Nom du médecin de famille: _____
Adresse : _____
6. Autres assurances vie de la personne décédée :
- | Compagnie | Date du contrat | Montant |
|-----------|-----------------|---------|
| a) _____ | _____ | _____ |
| b) _____ | _____ | _____ |
7. Nom du demandeur : _____ À quel titre réclamez-vous? _____
Nom du bénéficiaire : _____ Date de naissance : ____/____/____ NAS : ____/____/____

Le montant de la réclamation sera versé au bénéficiaire désigné selon les documents reçus à la Compagnie à ce jour. Veuillez nous aviser de l'existence de tout autre document stipulant une autre désignation de bénéficiaire et nous le faire parvenir sans faute dès que possible.

Je certifie en toute bonne foi que les réponses ci-dessus sont complètes et exactes et qu'elles sont soumises en vue d'obtenir le versement de l'assurance décrite ci-dessus. Par la présente, j'autorise et demande à tout médecin qui aurait soigné ou examiné la personne décédée et à tous hôpitaux, fonctionnaires ou Régie des rentes, de fournir à L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance ou à ses réassureurs, tous les renseignements en leur possession ou dont ils auraient eu connaissance au sujet de la santé de la personne décédée. **Une photocopie de cette autorisation aura la validité de l'original.**

Signature du Demandeur : _____ Date : ____/____/____

Adresse : _____ Tel. Rés. : (____) _____ - _____

Signature du témoin : _____ Date : ____/____/____

- Je désire que le paiement de réclamation soit :
- expédié par la poste directement au bénéficiaire ou au fondé de pouvoir
 - livré par mon conseiller en assurance de personnes
 - placé à L'Union-Vie (transmettre une proposition complétée)