

TYPE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT : Décès Invalidité Hospitalisation Maladie terminale**NUMÉRO DE POLICE : 10650**

Numéro d'identification du client de l'entreprise	Montant de la protection de base	Montant de la protection complète
	\$	\$

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) M. M^{me}Prénom : _____ Nom de famille : _____ Date de naissance : _____
(jj-mm-aaaa)Adresse postale : _____
(Numéro et rue)

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro(s) de téléphone : _____ - _____ - _____

Nom et adresse du médecin généraliste de l'assuré : _____
_____Nom et adresse de tout autre médecin ou de tout hôpital ayant vu l'assuré en consultation : _____
_____**RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE VISÉE PAR L'ASSURANCE CRÉANCES COMMERCIALES :
(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)**

Nom et adresse de l'entreprise : _____

Numéro de téléphone de l'entreprise : _____ - _____

Numéro de télécopieur de l'entreprise : _____ - _____

Adresse postale : _____ Numéro de téléphone : _____ - _____

DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS DE DÉCÈS : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) M. M^{me}

Nom du demandeur : _____ Lien avec la personne assurée : _____

Adresse postale : _____ Numéro de téléphone : _____ - _____

À NOTER : Si aucun médecin de famille n'a été indiqué ci-dessus pour l'assuré, veuillez fournir le nom et l'adresse de tout médecin que la personne décédée aurait consulté à votre connaissance. Dans certains cas, les dossiers médicaux provinciaux pourraient être demandés à la réception de la demande de règlement.**Veuillez remplir la section Autorisation d'obtenir des renseignements au verso du présent formulaire.****DEMANDE DE RÈGLEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ : (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)** À remplir par l'employeur

Nom de l'employeur : _____ Date d'embauche : (jj-mm-aaaa) _____ Dernier jour de travail : (jj-mm-aaaa) _____

Raison de l'absence du travail : _____

Tâches du poste (veuillez fournir une description de poste officielle s'il en existe une) : _____

Date prévue de retour au travail du salarié : (jj-mm-aaaa) _____

Rempli par : (en caractères d'imprimerie) _____ Titre : _____

Signature : _____ Date : (jj-mm-aaaa) _____

Numéro de téléphone : _____ - _____

SUITE AU VERSO DU FORMULAIRE

AUTORISATION D'OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS – DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR L'ASSURÉ :

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Canada-Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada-Vie. La Canada-Vie peut faire appel à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada-Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables du Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur votre demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

J'autorise la Canada-Vie, le créancier ou le répondant de régime, tout fournisseur de soins de santé ou de soins de réadaptation, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, ainsi que tout fournisseur de services travaillant avec la Canada-Vie ou avec toute personne physique ou morale précitée à échanger des renseignements personnels, dont les rapports de consultation, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur ma demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci.

Je comprends que la Canada-Vie requiert les renseignements personnels pour administrer le régime collectif, y compris aux fins de l'enquête sur votre demande de règlement et de l'évaluation de celle-ci. Je reconnais que mon consentement permet à la Canada-Vie de traiter ma demande de règlement et que mon refus d'accorder mon consentement peut entraîner un retard dans le traitement de ma demande de règlement ou son refus.

Je peux révoquer mon consentement en tout temps moyennant l'envoi d'une directive écrite à cet égard. Je confirme qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré ou du représentant autorisé : _____ Date : _____
(jj-mm-aaaa)

À noter : Si vous signez en tant que représentant autorisé, veuillez indiquer à quel titre vous exercez ce rôle. (Au besoin, une preuve d'autorisation peut être requise.)

Exécuteur/Liquidateur/Administrateur testamentaire Mandataire Coemprunteur Autre _____
(Veuillez préciser)

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-VIE

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN :

(LES FRAIS FACTURÉS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR.)

Prénom de la personne décédée : _____ Nom de famille de la personne décédée : _____

Date de naissance : _____ (jj-mm-aaaa) Date du décès : _____ (jj-mm-aaaa)

Type de décès : Accident Suicide Homicide Mort naturelle

Quelle était la cause immédiate du décès? _____

Veuillez indiquer la date **exacte** à laquelle la cause du décès a été diagnostiquée. _____ (jj-mm-aaaa)

Quelle était la cause sous-jacente du décès, si elle diffère de celle indiquée ci-dessus? _____

Veuillez indiquer la date **exacte** à laquelle la cause sous-jacente du décès a été diagnostiquée. _____ (jj-mm-aaaa)

Durée de la maladie ou de l'affection de la personne décédée avant la date du diagnostic : _____ années _____ mois

En cas de cause de décès inconnue, une autopsie a-t-elle été pratiquée? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie du rapport du coroner.

Commentaires du médecin : _____

Nom du médecin : _____ Signature : _____
(En caractères d'imprimerie)

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ - _____ Numéro de télécopieur : _____ - _____

Date : _____

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :

Service des règlements, Assurance créances
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Case postale 158, succursale M
Halifax NS B3J 3V2
Téléphone : 1 800 387-2671 Télécopieur : 902 423-8169