

**INSTRUCTIONS POUR LA RÉCLAMATION**

- 1. Si le montant d'assurance vie est inférieur ou égal à 75 000 \$, veuillez appeler au 1 877 422-6487.
- 2. Si le montant d'assurance vie est supérieur à 75 000 \$, veuillez remplir ce formulaire.
- 3. Si le montant d'assurance vie facultative est supérieur à 75 000 \$ ou si le montant d'assurance vie (facultative et de base) est supérieur à 250 000 \$, veuillez vous assurer que la « Déclaration du médecin » au verso est dûment remplie et signée par le médecin.

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

N° de police \_\_\_\_\_ N° de compte \_\_\_\_\_ N° de catégorie \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Nom du participant \_\_\_\_\_

Statut du participant :  Actif  Retraité  Invalide

1. La personne décédée est :  le participant  le conjoint (Annexer l'acte de mariage, s'il y a lieu.)  
 un enfant à charge (Annexer l'acte de naissance.)

**Si la personne décédée est le conjoint ou un enfant à charge, aller directement au point 5 de la présente section.**

2. Date d'emploi 

A	M	J		

 Dernier jour de travail 

A	M	J		

Est demeurée sur votre liste de paye jusqu'au 

A	M	J		

3. Lors de son décès, le participant faisait-il partie de votre personnel?

- OUI A-t-il travaillé jusqu'à son décès?
  - Oui Salaire annuel au moment du décès \_\_\_\_\_ \$
  - Non Préciser la raison :  Congé d'invalidité; salaire annuel au début de l'invalidité \_\_\_\_\_ \$
  - Autre, préciser \_\_\_\_\_
- NON Raison de cessation d'emploi :  Retraite; salaire annuel au moment de la retraite \_\_\_\_\_ \$
- Autre, préciser \_\_\_\_\_

4. Emploi à la date du décès \_\_\_\_\_ Montant d'assurance vie à la date du décès \_\_\_\_\_ \$

5. Signature de l'employeur \_\_\_\_\_ Date 

A	M	J		

Adresse \_\_\_\_\_ Tél. 


Note – Dans le cas où vous conservez les demandes d'adhésion des participants, veuillez annexer la demande d'adhésion du participant si ce dernier est la personne décédée.

**DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE (DEMANDEUR)**

1. Nom du bénéficiaire \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 


Tél. 


 Lien de parenté avec l'assuré \_\_\_\_\_

Date de naissance 

A	M	J		

 N° d'assurance sociale 


- Le participant est le bénéficiaire de l'assurance des personnes à charge.
- Si les bénéficiaires désignés sont les héritiers légaux, les administrateurs, les ayants droit ou la succession, veuillez joindre une copie du contrat de mariage et du testament, s'il y a lieu.

2. Nom de la personne décédée \_\_\_\_\_

Date de naissance 

A	M	J		

 Date du décès 

A	M	J		

3. Cause du décès (décès accidentel : annexer le rapport du coroner. Ne pas attendre le rapport du coroner pour envoyer les autres documents.)

4. Nom du demandeur (Si différent du bénéficiaire) \_\_\_\_\_ Tél. 


Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 


5. La personne décédée détenait-elle un régime de retraite ou un contrat individuel de iA Groupe financier?

Si oui, préciser le n° de police 


**Note** – Veuillez remplir et signer la section « Confirmation et autorisation du bénéficiaire (demandeur) » au verso.

- Veuillez joindre une copie du certificat de décès officiel ou faire remplir et faire signer par le médecin la section « Déclaration du médecin » au verso. Cependant, si le montant d'assurance vie s'élève à plus de 250 000 \$ ou si le montant d'assurance vie facultative est supérieur à 75 000 \$, le certificat de décès et la déclaration du médecin sont exigés.

## CONFIRMATION ET AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE (DEMANDEUR)

JE CONFIRME par la présente que, à ma connaissance, les renseignements donnés dans cette réclamation sont véridiques et complets.

J'AUTORISE par la présente l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») à consulter, à copier ou à réviser tout dossier qu'elle possède sur la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la réclamation pour la personne décédée. Je permets également l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale aux fins de cette demande.

J'AUTORISE par la présente tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, tout employeur, ainsi que toute autre personne, toute organisation ou institution publique ou privée à communiquer à la Société ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom tout dossier ou toute information d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information concernant la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la réclamation pour la personne décédée.

JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, la Société aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la réclamation avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

JE COMPRENDS que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de cette Confirmation et autorisation du bénéficiaire (demandeur) a la même valeur que l'original.

Je CONFIRME que j'ai lu l'Avis relatif au délai de prescription ci-dessous.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature du bénéficiaire (demandeur) \_\_\_\_\_

Nom de la personne décédée : \_\_\_\_\_ Date de naissance 

A	M	J

## DÉCLARATION DU MÉDECIN (à remplir si l'assurance vie facultative est supérieure à 75 000 \$ ou si l'assurance vie (facultative et de base) est supérieure à 250 000 \$.)

Nom complet de la personne décédée \_\_\_\_\_  Fumeur  Non-fumeur

Date du décès 

A	M	J

 Lieu du décès \_\_\_\_\_ Date de naissance 

A	M	J

Cause immédiate du décès \_\_\_\_\_ Date du début de la maladie ou de l'événement 

A	M	J

Causes qui ont contribué au décès (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

J'ai traité la personne décédée du 

A	M	J

 au 

A	M	J

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## COMMENT SOUMETTRE LE PRÉSENT FORMULAIRE?

Par télécopieur : 1 877 781-1583

Par la poste : Règlements, Assurance collective  
522, avenue University, bureau 400  
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

## AVIS RELATIF AU DÉLAI DE PRESCRIPTION

Certaines lois nous obligent à vous informer que la demande que vous nous avez soumise en vertu de votre police collective est régie par un délai de prescription stipulé dans la Loi sur les assurances ou dans toute autre loi qui s'applique dans votre province (par exemple, la Loi de 2002 sur la prescription des actions (Ontario) ou le *Code civil* (Québec)). Cela signifie que vous ne pouvez plus intenter de poursuites après un certain délai. Vous devez obtenir des conseils émanant d'une source indépendante au sujet de ce délai.