

 **IMPORTANT**

- Ce formulaire doit être rempli par le bénéficiaire désigné ou, en l'absence d'un bénéficiaire, par le liquidateur de la succession.
- Si le bénéficiaire est inapte ou mineur, ce formulaire doit être rempli par son tuteur ou mandataire.
- S'il y a plus d'un bénéficiaire, chacun d'eux doit remplir un formulaire.
- Ce formulaire doit être retourné avec le certificat de décès.
- Nous acceptons les copies pour traiter votre réclamation. Vous n'avez donc pas à nous faire suivre les documents originaux. Si toutefois nous avons besoin des documents originaux, nous communiquerons avec vous.
- Pour un décès survenu à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, les documents originaux sont exigés.
- Nous ne vous retournerons pas les documents originaux, sauf si vous en faites la demande par écrit.

Pour usage interne

Nom de l'assuré principal		Prénom de l'assuré principal	
N° du C.F.		N° du C.S.F.	
N° de la police	Date d'entrée en vigueur de la police	Capital assuré	\$

Veuillez nous indiquer vos instructions en sélectionnant l'une des 2 options suivantes :

- Chèque à envoyer pour livraison au conseiller en sécurité financière
 Chèque à expédier directement au(x) bénéficiaire(s)

 **Nous ne pourrions donner suite à cette réclamation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.**

A. Information concernant la personne décédée

Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse – N°, rue, app.		Ville		Province	Code postal
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lieu de naissance		Profession		

État civil de la personne décédée :

- Célibataire
 Mariée
 Unie civilement
 Conjointe de fait
 Veuve
 Séparée, date de la convention ou du jugement, s'il y a lieu (AAAA-MM-JJ) _____
 Divorcée le (AAAA-MM-JJ) _____

Nom du conjoint survivant : _____

Enfant(s) survivant(s) : Nombre : _____ Âge(s) : _____

Parent(s) survivant(s) : Père Mère Âge(s) : _____

Frère(s) et soeur(s) survivant(s) : Nombre : _____ Âge(s) : _____

Veillez répondre aux questions ci-dessous et indiquer la date à laquelle le document a été produit, s'il y a lieu. La personne décédée avait-elle :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| un testament* ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date (AAAA-MM-JJ)
_____ | un contrat de mariage ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date (AAAA-MM-JJ)
_____ | un contrat d'union civile ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date (AAAA-MM-JJ)
_____ | une déclaration d'hérédité* ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date (AAAA-MM-JJ)
_____ |
|--|--|--|--|

* Voir définition à la page 4

1. Date du décès (AAAA-MM-JJ)	2. Lieu du décès	3. Cause immédiate du décès
-------------------------------	------------------	-----------------------------

4. a) Quand la personne décédée a-t-elle commencé à montrer des symptômes de mauvaise santé?

b) Quand la maladie ayant causé le décès a-t-elle commencé?

c) Quand la personne décédée a-t-elle consulté un médecin pour la première fois en lien avec cette maladie?

5. Quand la personne décédée s'est-elle rendue au travail pour la dernière fois?

6. Nom et adresse de tous les médecins qui ont traité la personne décédée durant les deux dernières années

7. a) La personne décédée avait-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	b) Quand avait-elle commencé à fumer ? (AAAA-MM-JJ)	c) Quand avait-elle cessé de fumer ? (AAAA-MM-JJ)	d) Indiquez toutes les périodes d'interruption du tabagisme
--	---	---	---

8. La personne décédée détenait-elle d'autres contrats d'assurance vie?

Oui Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

a) avec d'autres compagnies

Nom des compagnies d'assurance vie	Date des polices	N° des contrats/polices	Montants d'assurance
			\$
			\$
			\$

b) avec Desjardins Assurances :

- Assurance prêt dans une caisse: Oui Non

Si oui, nom de l'institution: _____

N° de transit: _____ N° de compte: _____

- Accirance, Assurance accident de personnes: Oui Non

- Assurance collective avec son employeur: Oui Non

Si oui, nom de l'employeur: _____

Nom de la compagnie d'assurance: _____ N° de contrat: _____

- Autres: Oui Non

Si oui, précisez: _____

B. Information concernant le réclamant

Nom (ou nom de l'entreprise)	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N°s de téléphone à 10 chiffres Résidence
Adresse – N°, rue	Ville	Province	Code postal
Travail			

Profession (ou nature des activités pour une entreprise)

N° d'assurance sociale (requis pour permettre la déclaration des intérêts imposables qui sont versés au bénéficiaire)	Adresse de courriel
---	---------------------

À quel titre faites-vous cette demande de prestations ?

- Bénéficiaire désigné Liquidateur de la succession / Exécuteur testamentaire Conjoint Fiduciaire ou tuteur d'un enfant mineur

Autre, veuillez préciser: _____

Quel est votre lien avec la personne décédée?

- Conjoint actuel Conjoint séparé Enfant Parent Autre (ami, associé, etc.) - Précisez: _____

Quelle modalité de règlement choisissez-vous?

- Paiement en un seul versement Transfert dans un contrat de rente – numéro de police existante, s'il y a lieu _____

C. Information concernant le liquidateur de la succession

Nom	Prénom			
Adresse – N°, rue	Ville	Province	Code postal	N° de téléphone à 10 chiffres

Adresse de courriel

Le liquidateur de la succession est la même personne que le réclamant

Je ne connais pas le liquidateur de la succession

D. Déclaration du réclamant

Je demande le paiement du produit de cette police et je conviens que les déclarations écrites de tout médecin ayant examiné ou soigné la personne décédée, ainsi que tout autre document produit à l'appui de cette demande, font partie intégrante des présentes. Je certifie que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature du réclamant

Signature du témoin

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

E. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus au sujet de la personne décédée qui sont nécessaires au traitement du dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, LLC, de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de son employeur ou de ses ex-employeurs; b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient au sujet de la personne décédée et qui sont nécessaires à l'objet du dossier tels que le testament, le certificat de décès, le certificat de recherche testamentaire ou la désignation de bénéficiaire, s'il y a lieu; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à son sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli; d) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement au sujet de la personne décédée qui est pertinent aux fins de la détermination de son admissibilité à une assurance ou à des garanties. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant ses personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par la demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du bénéficiaire ou du liquidateur de la succession /
de l'exécuteur testamentaire

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

Définitions

Déclaration d'hérédité (au Québec seulement)

En l'absence de testament, c'est un document préparé par un notaire qui permet d'identifier la personne décédée, son état civil, son régime matrimonial, s'il y a lieu, et ses héritiers. Il peut également, en second lieu, servir à désigner le liquidateur de la succession. Il est utilisé auprès d'intervenants comme les banques, les caisses Desjardins, les compagnies d'assurances et les autorités gouvernementales.

Liquidateur de succession/Représentant successoral

Personne désignée par le testateur, par la cour ou, dans certaines provinces, par les héritiers pour procéder à la liquidation d'une succession.

Testament

Acte révocable par lequel une personne (appelée testateur) détermine comment ses biens seront dévolus à son décès. Le testament doit revêtir une des formes prévues dans la loi, soit olographe, devant témoins ou notarié (au Québec seulement).

Testament devant témoins

Testament :

- écrit par le testateur ou un tiers; et
- daté et signé par le testateur ou un tiers, selon la province, en présence de deux ou plusieurs témoins.

Il doit être vérifié par le tribunal au décès du testateur.

Testament notarié (au Québec seulement)

Testament fait devant notaire et signé par le testateur, le notaire et un témoin. Il n'a pas à être vérifié par le tribunal.

Testament olographe

Testament entièrement écrit, daté et signé de la main du testateur. Il ne requiert aucun témoin. Il doit être vérifié par le tribunal au décès du testateur.

Testateur

Personne qui a rédigé un testament.