

 **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 pourrons 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* ?

Oui Non

Date (AAAA-MM-JJ)

un contrat de mariage ?

Oui Non

Date (AAAA-MM-JJ)

un contrat d'union civile ?

Oui Non

Date (AAAA-MM-JJ)

une déclaration d'héritité* ?

Oui Non

Date (AAAA-MM-JJ)

* Voir définition à la page 5

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, veuillez préciser: _____

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

Administrateur de l'entreprise – Veuillez préciser le nom de l'administrateur _____

Autre – Veuillez préciser: _____

Quel est votre lien avec la personne décédée?

Conjoint actuel Conjoint séparé

Enfant Parent

Autre (ami, associé, etc.) – Veuillez préciser: _____

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. Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances



Comme cette réclamation concerne une personne décédée, les renseignements personnels visés par ce consentement sont ceux de cette personne et non ceux du réclamant.

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'examens médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Auprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

En signant ce formulaire :

- vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite

E. Déclarations

En signant ce formulaire :

- 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.

F. Signatures

X

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

Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature du réclamant

Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature du témoin

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.