



Assomption Vie
Assurance collective

DEMANDE DE RÈGLEMENT ASSURANCE VIE

Demande de règlement assurance vie Directives

1. **Pour une demande d'assurance vie :** Le bénéficiaire (demandeur) doit remplir le formulaire *Déclaration du bénéficiaire (demandeur)* et soumettre le formulaire de demande dûment rempli en faisant suivre les documents suivants directement à Assomption Vie ou par l'entremise du preneur de la police d'assurance collective :
 - Déclaration du médecin traitant
 - Déclaration du preneur
 - Certificat de décès provincial ou certificat de décès émis par le directeur du salon funéraire
 - Certificat de naissance de la personne décédée
2. **Pour une réclamation d'assurance vie facultative :** Le bénéficiaire (demandeur) doit fournir tous les documents indiqués dans la section 1 de demande d'assurance-vie. Si l'assurance ou l'augmentation de l'assurance est en vigueur depuis moins de deux (2) ans, veuillez inclure le rapport d'autopsie et/ou le rapport du coronaire (le cas échéant).
3. **Pour une réclamation de décès accidentelle :** Le bénéficiaire (demandeur) doit fournir tous les documents indiqués dans la section 1 de demande d'assurance-vie. Il doit également remplir les formulaires sous la rubrique *mutilation accidentelle* et inclure une copie du rapport de police et du rapport du coronaire ou rapport d'autopsie.

Veillez noter que cette liste de documents à fournir est destinée à couvrir les situations les plus courantes. Certaines circonstances exceptionnelles peuvent exiger des renseignements supplémentaires avant qu'une décision puisse être prise au niveau de la réclamation.

Preneur (employeur ou administrateur du régime)

Le preneur doit remplir la *déclaration du preneur* et soumettre la demande d'adhésion originale, ainsi que toutes demandes de changement, si ces dernières sont disponibles.

Bénéficiaire (demandeur)

1. **Si la police est payable à un ou des bénéficiaire(s) désigné(s) :**
 - a. Cette déclaration doit être remplie par le bénéficiaire (demandeur). S'il y a plus d'un bénéficiaire désigné, tous les bénéficiaires doivent signer la déclaration et fournir leur adresse respective ou, s'ils préfèrent, obtenir et remplir des formulaires séparés.
 - b. Si un bénéficiaire désigné est mineur, cette déclaration doit être remplie en son nom par son tuteur ou par toute autre personne autorisée par la loi. Une copie certifiée des lettres de désignation de tutelle doit être soumises, le cas échéant.
 - c. Si un bénéficiaire désigné est décédé, une preuve de son décès doit être fournie.
 - d. Si la succession de l'assuré est le bénéficiaire, ce formulaire doit être rempli par l'exécuteur nommé dans le testament de la personne décédée, et une copie notariée du testament doit être soumise. Dans la province du Québec, une copie certifiée du testament notarié est requise. S'il n'y a aucun testament, ce formulaire doit être rempli par l'administrateur de la succession de la personne décédée, et une copie notariée des lettres d'administration doit être jointe. Dans la province du Québec, ce formulaire doit être rempli par les héritiers, et l'Acte d'hérédité notarié doit être soumis.
2. **Si la police n'a aucun bénéficiaire désigné :**
 - a. Si aucun bénéficiaire ne survit à la personne décédée, ce formulaire doit être rempli par la succession de la personne décédée.
 - b. Si la personne décédée a laissé un testament, ce formulaire doit être rempli par l'exécuteur nommé dans le testament, et une copie notariée du testament doit être soumise. Dans la province du Québec, une copie certifiée du testament notarié est requise.
 - c. Si la personne décédée n'a laissé aucun testament, ce formulaire doit être rempli par l'administrateur de la succession, et une copie notariée des lettres d'administration doit être jointe. Dans la province du Québec, ce formulaire doit être rempli par les héritiers, et l'Acte d'hérédité notarié doit être soumis.
3. **Le numéro d'assurance sociale (NAS) du bénéficiaire :**

Le numéro d'assurance sociale (NAS) du bénéficiaire est demandé dans les cas où nous aurions à payer 50 \$ ou plus d'intérêt sur le montant de la prestation de décès. Si la succession du défunt est le demandeur, le NAS de la personne décédée est nécessaire.

Bénéficiaire (demandeur) (suite)

À noter :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande le médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Veuillez retourner le document au complet, en incluant chaque page, à l'adresse suivante. **Veillez ne pas utiliser d'agrafes.**
ASSOMPTION VIE, a/s Assurance Collective
C.P. 160 / 770 rue Main
Moncton NB E1C 8L1
Téléphone : 1-855-244-7011 Télécopieur : 506-853-5434
- c) Il vous est également possible de **numériser** les formulaires et de les **envoyer par courriel** à l'adresse suivante :
vieinvalidite@assomption.ca

Médecin traitant

1. Veuillez remplir la déclaration médicale *Déclaration du médecin traitant*, en ayant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veuillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande.

Demande de règlement assurance vie Déclaration du preneur

Prénom de l'employé(e)

Nom de l'employé(e)

Police

Division

Certificat

1. Nom du preneur : _____
2. Statut de l'employé(e) : Actif Retraité(e) Invalide Mise à pied temporaire Autres (préciser) _____
3. La personne décédée est : l'employé(e) le conjoint un enfant à charge (annexer l'acte de naissance)

Si la personne décédée est l'employé(e), veuillez remplir les questions 4, 5 et 6.

4. Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA) ____/____/_____
Dernière journée au travail : (JJ/MM/AAAA) ____/____/_____
L'employé(e) est demeuré(e) sur la feuille de paie jusqu'au : (JJ/MM/AAAA) ____/____/_____
5. Lors de son décès, est-ce l'employé(e) était toujours membre de votre personnel?
 Oui A-t-il/elle travaillé jusqu'à son décès?
 Oui Salaire annuel au moment du décès : _____ \$
 Non 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) : _____
6. Métier/profession à la date du décès : _____
Montant d'assurance vie en vigueur à la date du décès : _____ \$

Prénom et nom de la personne autorisée (en lettres moulées)

Titre

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

Demande de règlement assurance vie Déclaration du bénéficiaire (demandeur)

Prénom de l'employé(e) _____ Nom de l'employé(e) _____ Police _____ Division _____ Certificat _____

Section 1 Information sur le bénéficiaire (demandeur)

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / ____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone - Résidence _____ Téléphone - Travail _____ Téléphone - Cellulaire _____

Numéro d'assurance-sociale _____ Lien de parenté avec l'assuré(e) _____ Sexe: F M

Prénom et nom du demandeur (si différent du bénéficiaire) _____ Téléphone _____

Adresse du demandeur _____

A quel titre faites-vous cette demande de prestations? Bénéficiaire Exécuteur Fiduciaire Autre (spécifier) _____

Section 2 Information sur la personne décédée

1. Nom de la personne décédée : _____
Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / ____ Date de décès : (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / ____

2. Adresse complète de résidence de la personne décédée lors de son décès : _____

3. Nom du médecin de famille : _____ Depuis (année) : _____
La personne décédée faisait-t-elle usage d'une forme quelconque de tabac ou produit contenant de la nicotine? Oui Non Inconnu

4. Cause du décès : _____

5. Le décès était-il accidentel? Oui Non Inconnu
(Si le décès est accidentel, veuillez annexer le rapport du coroner. Ne pas attendre le rapport du coroner pour envoyer les autres documents)

6. Date à laquelle la santé de la personne décédée a commencé à se détériorer : (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / ____

7. Date à laquelle les premiers traitements liés à la cause du décès furent reçus : (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / ____

8. Lieu du décès : à la maison à l'hôpital dans un foyer de soins Autre (précisez) : _____

9. Le décès a-t-il eu lieu au Canada? Oui Non Si non, nom du pays : _____

10. La personne décédée a-t-elle consulté un médecin au cours des trois (3) dernières années? Oui Non Inconnu
La personne décédée a-t-elle été hospitalisée au cours des trois (3) dernières années? Oui Non Inconnu

Nom et adresse du médecin ou de l'hôpital	Date/Durée	Raison

11. La personne décédée détenait-elle un régime de retraite ou une police individuelle avec Assomption Vie? Oui Non Inconnu
Si oui, veuillez préciser le numéro de la police : _____

Nom de l'employé(e) : _____

Section 3 Autorisation et attestation du bénéficiaire (demandeur)

Je confirme par la présente qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont véridiques et complets.

Par la présente, j'autorise à Assomption Vie 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 demande de règlement pour la personne décédée. Je permets également l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale aux fins de cette demande.

Par la présente, j'autorise 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 du travail, le titulaire de la police, tout employeur, ainsi que toute autre personne, toute organisation ou institution publique ou privée à communiquer à Assomption Vie 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 autre information concernant la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la demande de règlement d'assurance vie de la personne décédée.

Je comprends et je reconnais qu'en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, tout employeur ou toute autre partie, prévue par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Je reconnais qu'une copie de ce formulaire a la même valeur que l'original.

Signature du bénéficiaire (demandeur)

Date (JJ/MM/AAAA)

Témoin

Date (JJ/MM/AAAA)

Demande de règlement assurance vie déclaration du médecin

Section 1 À être remplie par le bénéficiaire (demandeur)

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____
 ____/____/____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Téléphone – Résidence _____ Téléphone – Travail _____ Téléphone – Cellulaire _____

Par la présente, j'autorise 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 du travail, le titulaire de la police, tout employeur, ainsi que toute autre personne, toute organisation ou institution publique ou privée à communiquer à Assomption Vie 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 autre information concernant la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la demande de règlement d'assurance vie de la personne décédée.

Je comprends et je reconnais qu'en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, tout employeur ou toute autre partie, prévue par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Je reconnais qu'une copie de ce formulaire a la même valeur que l'original.

Signature du bénéficiaire (demandeur)

Date (JJ/MM/AAAA)

Section 2 À être remplie par le médecin traitant

1. Date du décès : (JJ/MM/AAAA) ____/____/____
 Résidence au décès : _____
 Si dans un hôpital ou une autre institution, veuillez indiquer le nom : _____
 Lieu du décès : _____

2. Cause du décès :

	Intervalle entre le début de l'état morbide et le décès
Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès. (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : défaillance cardiaque, syncope, etc., mais plutôt de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné la mort.) _____ _____ _____	
Causes antécédentes (États morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité. Veuillez indiquer l'état morbide initial en dernier lieu) a) _____ _____ _____ b) _____ _____ _____ c) _____ _____ _____	a) b) c)

Nom de l'employé(e) : _____

Section 2 À être remplie par le médecin traitant

3. Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui a provoqué le décès) : _____

4. Date des **premiers** soins pour la dernière maladie : (JJ/MM/AAAA) ____/____/_____
 Date des **derniers** soins pour la dernière maladie : (JJ/MM/AAAA) ____/____/_____

5. Si le décès est dû à un accident, à un suicide ou à un homicide, veuillez le spécifier et décrivez-le brièvement. _____

Y-a-t-il eu une enquête? Oui Non

Y-a-t-il eu une autopsie? Oui Non

Si oui, indiquez par qui et donnez les constatations. _____

6. Au meilleur de votre connaissance, le patient/la patiente a-t-il/elle fait usage de tabac, sous n'importe quelle forme? Oui Non
 Date à laquelle la personne décédée a commencé à fumer : (JJ/MM/AAAA) ____/____/_____
 Date à laquelle la personne décédée a cessé de fumer : (JJ/MM/AAAA) ____/____/_____

7. Avez-vous traité la personne susmentionnée ou vous a-t-elle consulté au cours des trois (3) années précédant la dernière maladie?
 Oui Non Si oui, veuillez préciser :

Nature de la maladie ou de la blessure	Dates (JJ/MM/AAAA)

Nom de l'employé(e) : _____

Section 2 À être remplie par le médecin traitant

8. Au cours des trois (3) dernières années, cette personne a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou une autre institution? Oui Non Si oui, veuillez préciser :

Nature de la maladie ou de la blessure	Médecin, hôpital ou institution	Adresse complète	Date(s) (JJ/MM/AAAA)

Prénom _____ Nom _____
 Adresse complète _____
 Téléphone _____ Télécopieur _____
 Omnipraticien Spécialiste (préciser) _____ Autre (préciser) _____

Signature du médecin traitant

Date (JJ/MM/AAAA)

À NOTER: TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR.

