

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR EN CAS DE DÉCÈS**  
*ASSURANCE VIE ÉMISE DEPUIS MOINS DE 10 ANS OU MONTANT DE 200 000\$ ET PLUS*

1. Nom de la personne décédée : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 État civil au moment du décès :  Célibataire  Mariée  Veuve  Divorcée depuis le \_\_\_\_\_  
 Conjoint de fait  Séparée de fait depuis le \_\_\_\_\_  Séparée légalement depuis le \_\_\_\_\_
2. Demande de règlement : Police : \_\_\_\_\_ Montant (si connu) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 contrat ci-joint  contrat introuvable
3. Décès : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
 a) Cause immédiate du décès : \_\_\_\_\_  
 b) Quand sa maladie a-t-elle commencé? \_\_\_\_\_  
 c) Date de la première consultation pour cette maladie? \_\_\_\_\_
4. Usage du tabac :  
 Est-ce que la personne décédée faisait usage du tabac, de produits de cessation de tabac ou de marijuana?  Oui  Non  
 Si OUI, depuis quand? \_\_\_\_\_ Indiquez sa consommation quotidienne \_\_\_\_\_  
 Si NON, a-t-elle déjà fait usage de tabac, de produits de cessation du tabac ou de marijuana?  Oui  Non Si OUI,  
 quand a-t-elle arrêtée ? \_\_\_\_\_ Quelle était sa consommation quotidienne avant d'arrêter ? \_\_\_\_\_
5. Médecin(s) consulté(s) au cours des deux (2) dernières années :  
 Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin de famille: \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_
6. Autres assurances vie de la personne décédée :
- |    | Compagnie | Date du contrat | Montant |
|----|-----------|-----------------|---------|
| a) | _____     | _____           | _____   |
| b) | _____     | _____           | _____   |
7. Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ À quel titre réclamez-vous? \_\_\_\_\_  
 Nom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Le montant de la réclamation sera versé au bénéficiaire désigné selon les documents reçus à la Compagnie à ce jour. Veuillez nous aviser de l'existence de tout autre document stipulant une autre désignation de bénéficiaire et nous le faire parvenir sans faute dès que possible.**

-----  
 Je certifie en toute bonne foi que les réponses ci-dessus sont complètes et exactes et qu'elles sont soumises en vue d'obtenir le versement de l'assurance décrite ci-dessus. Par la présente, j'autorise et demande à tout médecin qui aurait soigné ou examiné la personne décédée et à tous hôpitaux, fonctionnaires ou Régie des rentes, de fournir à L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance ou à ses réassureurs, tous les renseignements en leur possession ou dont ils auraient eu connaissance au sujet de la santé de la personne décédée. **Une photocopie de cette autorisation aura la validité de l'original.**

Signature du Demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Tel. Rés. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Je désire que le paiement de réclamation soit :  expédié par la poste directement au bénéficiaire ou au fondé de pouvoir  
 livré par mon conseiller en assurance de personnes  
 placé à L'Union-Vie (transmettre une proposition complétée)