

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR EN CAS DE DÉCÈS (VERSION SIMPLIFIÉE)**

- ASSURANCE VIE ÉMISE DEPUIS PLUS DE 10 ANS ET MONTANT DE MOINS DE 200 000\$
- INVESTISSEMENT-RETRAITE

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? \_\_\_\_\_

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. 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 chèque de réclamation soit :  expédié par la poste directement au bénéficiaire ou au fondé de pouvoir  
 livré par mon conseiller en assurance de personnes

Je désire que L'Union-Vie applique le roulement au conjoint (*seulement pour l'Investissement-retraite*)