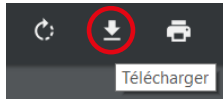


## Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

**Section A – Déclaration de l'employeur**

1. Prénom de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_
2. Nom de l'employeur \_\_\_\_\_
3. N° de groupe \_\_\_\_\_ N° de certificat [ | | | | | | | | | | | | | | ]
4. Date d'emploi [ J | J | M | M | A | A | A | A ]
5. Le certificat de l'employé était-il toujours en vigueur au moment du décès?  Non  Oui  
Si non, veuillez indiquer la date de la terminaison: [ J | J | M | M | A | A | A | A ]  
Raison de la terminaison: \_\_\_\_\_
6. Dernier jour au travail [ J | J | M | M | A | A | A | A ]
7. Si l'employé n'est plus activement au travail, donner la raison :  
 Maladie  Vacances  Retraite  Autre : \_\_\_\_\_
8. Dernier salaire (sur une base annuelle) \_\_\_\_\_ \$ depuis le [ J | J | M | M | A | A | A | A ]
9. Montant assuré \_\_\_\_\_ \$ Montant assuré décès accidentel (si applicable) \_\_\_\_\_ \$
10. Nom de la personne décédée \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_
11. S'agit-il du décès d'une personne à charge?  Non  Oui  
Si oui, depuis quand cette personne est-elle assurée? [ J | J | M | M | A | A | A | A ]
12. Date du dernier changement de bénéficiaire\* [ J | J | M | M | A | A | A | A ]

Prénom de l'administrateur \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Fonction \_\_\_\_\_  
Téléphone [ | | | ] [ | | | ] - [ | | | | ] Courriel \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_ [ J | J | M | M | A | A | A | A ]  
Signature de l'administrateur

**Section B – Déclaration du demandeur**

**Renseignements sur la personne décédée**

1. Prénom du défunt (à la naissance) \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_
2. Numéro d'assurance social (NAS) [ | | | | ] [ | | | | ] [ | | | | ]
3. Date de naissance [ J | J | M | M | A | A | A | A ] Lieu de naissance \_\_\_\_\_
4. Date du décès [ J | J | M | M | A | A | A | A ] Lieu du décès \_\_\_\_\_
5. Dernière adresse (numéro, rue, app.) \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal [ | | | | | | ]
6. État civil au décès:  Célibataire  Marié  Séparé  Divorcé  Veuf  Conjoint de fait
7. Cause du décès: \_\_\_\_\_  
Si le décès résulte d'un accident: Date [ J | J | M | M | A | A | A | A ]  
Lieu \_\_\_\_\_ Circonstances \_\_\_\_\_
8. La personne décédée était-elle assurée pour une assurance-vie personnelle avec UV Assurance ou autres compagnies acquises par UV Assurance?  Non  Oui

\* Veuillez nous faire parvenir une copie du formulaire d'adhésion ou de changement de bénéficiaire sous pli confidentiel.

