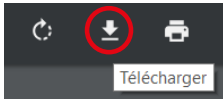


Étapes à suivre pour remplir le formulaire

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.

Note : Dans le présent document, le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

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] Dernière occupation _____
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 ces personnes sont-elles assurées? [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.

