

Déclaration de sinistre-décès

Avant de remplir le présent formulaire, veuillez consulter les directives à la page 2.

Veuillez sélectionner la ville où est situé le bureau des règlements devant traiter la présente demande.

- Halifax
- Montréal

Directives

DÉCÈS DU PARTICIPANT AU RÉGIME

(veuillez écrire en lettres moulées)

Remplir les pages 3 et 4 du présent formulaire

- L'administrateur du régime remplit et signe la section 1.
- Le demandeur remplit et signe la section 2.

Veuillez vous assurer de fournir les documents exigés ci-dessous.

Capital assuré INFÉRIEUR À 300 000 \$

- Original ou copie notariée de la déclaration de décès du directeur de funérailles, et notice nécrologique parue dans les journaux (si disponible)

OU

- Déclaration du médecin traitant (page 7 du présent formulaire)

Capital assuré de 300 000 \$ OU PLUS

- Original ou copie notariée de l'acte de décès provincial

OU

- Déclaration du médecin traitant (page 7 du présent formulaire)

Décès accidentel

- Déclaration du médecin traitant ou du coroner (page 9 du présent formulaire)

Régimes gérés par le promoteur de régime *(veuillez remplir la section relative aux régimes gérés par le promoteur de régime)*

- ORIGINAL de la demande d'adhésion du participant

DÉCÈS D'UNE PERSONNE À CHARGE

(veuillez écrire en lettres moulées)

Remplir les pages 5 et 6 du présent formulaire

- L'administrateur du régime remplit et signe la section 1.
- Le participant remplit et signe la section 2.

Veuillez vous assurer de fournir les documents exigés ci-dessous.

Capital assuré INFÉRIEUR À 300 000 \$

- Original ou copie notariée de la déclaration de décès du directeur de funérailles, et notice nécrologique parue dans les journaux (si disponible)

OU

- Original ou copie notariée de l'acte de décès provincial

Capital assuré de 300 000 \$ OU PLUS

- Original ou copie notariée de l'acte de décès provincial

OU

- Déclaration du médecin traitant (page 7 du présent formulaire)

Décès accidentel (s'il y a lieu)

- Déclaration du médecin traitant ou du coroner (page 9 du présent formulaire)

Régimes gérés par le promoteur de régime *(veuillez remplir la section relative aux régimes gérés par le promoteur de régime)*

- COPIE de la demande d'adhésion du participant

Documents additionnels exigés

Règlements à des bénéficiaires mineurs

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE de la désignation de curatelle de la succession du mineur

Règlements à la succession

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE du testament homologuée ou des lettres d'homologation, si le capital assuré est de 50 000 \$ ou plus

Si le bénéficiaire décède avant le participant

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE/CERTIFIÉE de l'acte de décès du bénéficiaire

Veuillez faire parvenir le présent formulaire à l'adresse appropriée.

Décès du participant au régime Assurance collective

Déclaration de sinistre Vie et Décès accidentel (s'il y a lieu)

En cas de décès d'une personne à charge, utilisez les pages 5 et 6. Veuillez écrire clairement en lettres moulées.

1 Déclaration de l'administrateur du régime en cas de décès du participant

N ^o (s) de contrat	Catégorie	N ^o de division	Section locale	N ^o de certificat du participant
Nom du promoteur du régime		Titre du poste du participant décédé		
Nom du participant décédé (nom de famille et prénom)				Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Date d'engagement (jj/mmmm/aaaa)	Nom du bénéficiaire (nom de famille et prénom)		Lien avec le participant	
Cochez la (les) case(s) pertinente(s) et indiquez le capital assuré.				
<input type="radio"/> Assur. vie de base _____ \$ <input type="radio"/> Assur. vie libérée _____ \$ <input type="radio"/> Assur. décès accidentel de base _____ \$ <input type="radio"/> Assur. vie facultative _____ \$ <input type="radio"/> Assur. vie permanente libérée _____ \$ <input type="radio"/> Assur. décès accidentel facultative _____ \$				
Date du dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)	Salaire au dernier jour de travail _____ \$		<input type="radio"/> Annuel <input type="radio"/> Bimensuel <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Toutes les deux semaines <input type="radio"/> Horaire	
N ^{bre} habituel d'heures de travail par semaine	Date d'effet du salaire (jj/mmmm/aaaa)	Date du décès (jj/mmmm/aaaa)	Date de cessation (s'il y a lieu) (jj/mmmm/aaaa)	

Le participant payait-il une partie de la prime? Oui Non

Si le décès est survenu après la date du dernier jour de travail effectif, quelle était alors la situation du participant?

Retraité Mis à pied temporairement Licencié
 Invalide En congé autorisé Avait démissionné

Si le participant était invalide avant le décès, une demande de prestations d'invalidité a-t-elle été présentée au cours de la période d'invalidité?

Oui Non Si « oui », veuillez indiquer le numéro de la demande et le nom de l'assureur.

Numéro de la demande	Assureur
----------------------	----------

Le décès était-il accidentel? Oui Non

Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa)

Si « oui », veuillez faire remplir la Déclaration du médecin traitant ou du coroner (page 9) et la joindre à la présente déclaration.

L'accident est-il survenu pendant que le participant travaillait?

Oui Non Si « oui », veuillez préciser le lieu de l'accident, y compris l'adresse.

Lieu	Adresse
------	---------

Dans le cas de l'assurance vie facultative seulement - Le participant bénéficiait-il des taux non-fumeurs?

Oui Non Si « oui », joindre copie de la déclaration.

Catégorie d'assurance du participant (s'il y a lieu)	Date d'effet la plus récente de l'assurance du participant (jj/mmmm/aaaa)	Date d'effet initiale de l'assurance du participant (jj/mmmm/aaaa)	Date jusqu'à laquelle les primes ont été payées (jj/mmmm/aaaa)
--	---	--	--

Je certifie par la présente que les renseignements donnés dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets.

Signataire autorisé x	Date (jj/mmmm/aaaa)	Indicatif régional et numéro de téléphone
---------------------------------	---------------------	---

Adresse postale (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal
-------------------------------	-------	----------	-------------

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Régimes gérés par le promoteur de régime seulement

Veuillez joindre l'**ORIGINAL** de la demande d'adhésion.

Déclaration

2 Déclaration du demandeur dans le cas du décès du participant

Nom du demandeur (nom de famille et prénom)		Numéros d'autres contrats de la Financière Manuvie au titre desquels une demande de règlement est présentée		
Adresse postale du demandeur (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal
Lien avec le participant décédé	Date de naissance du demandeur (jj/mmmm/aaaa)		Numéro d'assurance sociale du demandeur	
Cause du décès				

SI LE DÉCÈS EST ACCIDENTEL, veuillez répondre aux questions suivantes. Joindre une feuille en annexe si l'espace est insuffisant. Si le décès n'est pas accidentel, veuillez lire et signer l'attestation ci-dessous.

Veuillez fournir le nom et l'adresse de toute personne témoin de l'accident.

Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa)	Moment de l'accident <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
-----------------------------------	---

Décrivez l'accident en détail. Où était le participant et que faisait-il au moment de l'accident?

Nom(s)	Adresse(s)
--------	------------

La personne décédée était-elle sujette à des syncopes ou souffrait-elle de troubles physiques ou mentaux?
 Oui Non Si « oui », veuillez préciser.

Attestation et autorisation du demandeur pour tous les sinistres-décès

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. Je certifie également que je ferai en sorte que tous autres renseignements que je fournirai oralement ou par écrit soient véridiques et complets.

Par la présente, je demande le règlement du produit de l'assurance vie collective, payable par suite du décès de

_____ (nom de la personne décédée)

Je reconnais que la Financière Manuvie effectuera des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et qu'elle pourrait avoir besoin de renseignements sur l'état de santé et l'emploi de la personne décédée, ainsi que de rapports d'enquête de la police, de rapports d'autopsie ou d'enquête de coroner.

J'autorise toute personne physique ou morale, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, assureur, coroner et agence d'enquête, ainsi que la police, détenant des renseignements relatifs à la présente demande, à divulguer et à échanger des renseignements demandés par la Financière Manuvie ou ses prestataires de services de règlement dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective et de l'étude de ma demande. J'autorise la Financière Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services de règlement à recueillir, utiliser - et échanger entre eux ou avec les personnes physiques ou morales susmentionnées - tous les renseignements nécessaires à l'administration du régime et à l'étude de ma demande.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente déclaration est aussi valide que l'original. Je comprends que je peux obtenir des renseignements sur la politique de la Financière Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en présentant une demande écrite, en consultant le site Web de la Financière Manuvie à l'adresse www.manuvie.ca ou en m'adressant au promoteur du régime.

Je comprends que tous renseignements personnels reçus ou recueillis par la Financière Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès aux renseignements versés à mon dossier :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du demandeur

Signature X	Date (jj/mmmm/aaaa)
----------------	---------------------

Décès d'une personne à charge

Assurance collective

Déclaration de sinistre Vie et Décès accidentel (s'il y a lieu)

En cas de décès du participant au régime, utilisez les pages 3 et 4. Veuillez écrire clairement en lettres moulées.

1 Déclaration de l'administrateur du régime en cas de décès d'une personne à charge – Données sur le participant

N ^o (s) de contrat	Catégorie	N ^o de division	Section locale	N ^o de certificat du participant
Nom du promoteur du régime		Nom de l'employeur (s'il ne s'agit pas du promoteur du régime)		
Nom du participant (nom de famille et prénom)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Adresse postale du participant (numéro, rue)		Ville	Province	Code postal
Date d'engagement (jj/mmmm/aaaa)		Titre de poste		
Cochez la (les) case(s) pertinente(s) et indiquez le capital assuré.				
<input type="radio"/> Assur. vie de base _____ \$		<input type="radio"/> Assur. décès accidentel de base _____ \$		<input type="radio"/> Assur. vie libérée _____ \$
<input type="radio"/> Assur. vie facultative _____ \$		<input type="radio"/> Assur. décès accidentel facultative _____ \$		
Date du dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa)	Salaire à la date du décès _____ \$		<input type="radio"/> Annuel <input type="radio"/> Bimensuel <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Toutes les deux semaines <input type="radio"/> Horaire	
N ^{bre} habituel d'heures de travail par semaine	Date d'effet du salaire (jj/mmmm/aaaa)	Date du décès de la personne à charge (jj/mmmm/aaaa)	Date de cessation (s'il y a lieu) (jj/mmmm/aaaa)	

Si le décès est survenu après la date du dernier jour de travail effectif, quelle était alors la situation du participant?

- Retraité Mis à pied temporairement Licencié
 Invalide En congé autorisé Avait démissionné

Si le participant était invalide, une demande de prestations d'invalidité a-t-elle été présentée au cours de la période d'invalidité?

- Oui Non Si « oui », veuillez indiquer le numéro de la demande et le nom de l'assureur.

Numéro de la demande	Assureur
Nom de la personne à charge décédée (nom de famille et prénom)	
Lien avec le participant	

Le décès était-il accidentel? Oui Non

Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa)

Si « oui », veuillez faire remplir la Déclaration du médecin traitant ou du coroner (page 9) et la joindre à la présente déclaration.

L'accident est-il survenu pendant que la personne à charge travaillait?

- Oui Non Si « oui », veuillez préciser le lieu de l'accident, y compris l'adresse.

Lieu	Adresse
------	---------

Dans le cas de l'assurance vie facultative seulement - S'il s'agit d'une demande à la suite du décès du conjoint, ce dernier bénéficiait-il des taux non-fumeurs?

- Oui Non Si « oui », joindre copie de la déclaration.

Catégorie d'assurance du participant (s'il y a lieu)	Date d'effet la plus récente de l'assurance du participant (jj/mmmm/aaaa)	Date d'effet initiale de l'assurance de la personne à charge (jj/mmmm/aaaa)	Date jusqu'à laquelle les primes ont été payées (jj/mmmm/aaaa)
--	---	---	--

Je certifie par la présente que les renseignements donnés dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets.

Signataire autorisé X	Date (jj/mmmm/aaaa)	Indicatif régional et numéro de téléphone	
Adresse postale (numéro, rue)		Ville	Code postal

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Régimes gérés par le promoteur de régime seulement

Veuillez joindre **COPIE** de la demande d'adhésion.

Déclaration

2 Déclaration du participant dans le cas du décès d'une personne à charge

Adresse de la personne à charge décédée (numéro, rue)		Ville	Province	Code postal
Date de naissance de la personne décédée (jj/mmmm/aaaa)	État civil de la personne décédée <input type="radio"/> Mariée <input type="radio"/> Célibataire		Si la personne décédée était un enfant à charge fréquentant un établissement d'enseignement, donnez le nom de l'établissement.	
Cause du décès			Date du décès (jj/mmmm/aaaa)	

Si le décès est survenu à l'hôpital, veuillez donner la date de l'admission. ► (jj/mmmm/aaaa)

Au moment du décès, la personne à charge avait-elle un emploi?

Oui Non

Si « oui », indiquez le nombre d'heures travaillées.

N^{bre} d'heures par sem.

Assuriez-vous la subsistance de la personne décédée?

Oui Non

La personne à charge était-elle hospitalisée lorsque la couverture est entrée en vigueur?

Oui Non

(jj/mmmm/aaaa)

Si « oui », indiquez la date de sortie

Nom (nom de famille et prénom)

Numéro d'assurance sociale

Lien avec la personne décédée

Veuillez fournir les renseignements suivants sur VOUS-MÊME.

Attestation et autorisation du participant pour tous les sinistres-décès

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. Je certifie également que je ferai en sorte que tous autres renseignements que je fournirai oralement ou par écrit soient véridiques et complets.

Par la présente, je demande le règlement du produit de l'assurance vie collective, payable par suite du décès de

_____ (nom de la personne décédée)

Je reconnais que la Financière Manuvie effectuera des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et qu'elle pourrait avoir besoin de renseignements sur l'état de santé et l'emploi de la personne décédée, ainsi que de rapports d'enquête de la police, de rapports d'autopsie ou d'enquête de coroner.

J'autorise toute personne physique ou morale, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, assureur, coroner et agence d'enquête, ainsi que la police, détenant des renseignements relatifs à la présente demande, à divulguer et à échanger des renseignements demandés par la Financière Manuvie ou ses prestataires de services de règlement dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective et de l'étude de ma demande. J'autorise la Financière Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services de règlement à recueillir, utiliser - et échanger entre eux ou avec les personnes physiques ou morales susmentionnées - tous les renseignements nécessaires à l'administration du régime et à l'étude de ma demande.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale.

Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente déclaration est aussi valide que l'original. Je comprends que je peux obtenir des renseignements sur la politique de la Financière Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en présentant une demande écrite, en consultant le site Web de la Financière Manuvie à l'adresse www.manuvie.ca ou en m'adressant au promoteur du régime.

Je comprends que tous renseignements personnels reçus ou recueillis par la Financière Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès aux renseignements versés à mon dossier :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du participant

Signature

X

Date (jj/mmmm/aaaa)

Déclaration du médecin traitant Assurance collective

Tous frais demandés pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur. Veuillez écrire clairement en lettres moulées.

Les formulaires dûment remplis doivent être retournés à :

N ^{o(s)} de contrat	N ^o de division	Section locale	N ^o de certificat du participant
Nom de l'administrateur du régime (nom de famille et prénom)			
Adresse postale de l'administrateur du régime (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal

L'attestation médicale est conforme aux recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé tenue à Genève le 24 juillet 1948. Le Canada et les États-Unis ont adopté ce modèle d'attestation. Aux fins d'exactitude des statistiques démographiques, veuillez vous conformer à la Liste internationale des causes de décès. Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à l'administrateur du régime à l'adresse indiquée ci-dessus.

Déclaration du médecin

Nom de la personne décédée (nom de famille et prénom)	Lieu du décès	Date du décès (jj/mmmm/aaaa)	
Nom de l'hôpital ou de l'établissement où le décès est survenu, le cas échéant			Âge au décès
Adresse du domicile au moment du décès (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal

Cause du décès

Indiquez une seule cause pour chacun des alinéas a, b et c

Maladie ou affection ayant entraîné directement le décès : (Il ne s'agit pas ici des circonstances du décès, par exemple défaillance cardiaque, asthénie, etc., mais plutôt de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.)	Intervalle entre le début de l'affection et le décès
(a)	(a)
Causes antécédentes : (états morbides, le cas échéant, ayant conduit à l'état a) précité, la cause profonde ou fondamentale étant indiquée en dernier lieu)	Intervalle entre le début de l'affection et le décès
Attribuable à b)	(b)
Attribuable à c)	(c)

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle déjà fumé? Oui Non Ne sais pas Si « oui », pendant combien d'années?

Date de la première visite pendant la dernière maladie (jj/mmmm/aaaa) Date de la dernière visite pendant la dernière maladie (jj/mmmm/aaaa)

Précisez si le décès est le fait d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide et décrivez brièvement.

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

Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, indiquez l'auteur et ses conclusions.

Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des cinq années qui ont précédé sa dernière maladie? Oui Non

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été traitée par un autre médecin ou dans un hôpital ou établissement au cours des cinq dernières années? Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à une des questions ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom	Adresse	Nature de l'affection ou de la blessure	Dates approximatives
			(jj/mmmm/aaaa)
			(jj/mmmm/aaaa)

Veuillez remplir la page 8 du présent formulaire.

Renseignements personnels sur le médecin traitant

Nom du médecin traitant		Titre de compétence	
Adresse (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal
Indicatif régional et numéro de téléphone			

Signature du médecin traitant

Signature X	Date (jj/mmmm/aaaa)
-----------------------	---------------------

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.

Déclaration du médecin traitant ou du coroner – Décès accidentel Assurance collective

Tous frais demandés pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur. Veuillez écrire clairement en lettres moulées.

Les formulaires dûment
remplis doivent être
retournés à :

N°(s) de contrat	N° de division	Section locale	N° de certificat du participant
Nom de l'administrateur du régime (nom de famille et prénom)			
Adresse postale de l'administrateur du régime (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal

Déclaration du médecin
traitant ou du coroner en
cas de décès accidentel

Nom de la personne décédée (nom de famille et prénom)	Date de la blessure (jj/mmmm/aaaa)	Date du décès (jj/mmmm/aaaa)
---	------------------------------------	------------------------------

Nature et étendue exactes de la blessure

Cause principale ou immédiate du décès

La personne décédée a-t-elle déjà été traitée pour une affection analogue?

Oui

Non

Si « oui », veuillez indiquer le nom du médecin et de l'établissement.

Y a-t-il eu des causes accessoires ou éloignées liées au décès?

Oui

Non

Si « oui », quelles sont les causes?

La blessure, en elle-même et indépendamment de toute autre cause, a-t-elle suffi à causer le décès?

Oui

Non

Si « non », veuillez expliquer en détail.

La personne décédée était-elle, au moment de l'accident, en état d'ébriété ou sous l'effet de narcotiques?

Oui

Non

Si « oui », indiquez le taux d'alcool dans le sang et le genre de drogue.

Taux d'alcool dans le sang

Genre de drogue

----------	----------

Y a-t-il eu autopsie?

Oui

Non

Veuillez remplir la page 10 du présent formulaire.

**Renseignements
personnels sur le
médecin traitant ou le
coroner**

Nom du médecin traitant ou du coroner		Titre de compétence	
Adresse (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal
Indicatif régional et numéro de téléphone			

**Signature du médecin
traitant ou du coroner**

Signature x	Date (jj/mmmm/aaaa)
-----------------------	---------------------

Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, vous consentez à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.