



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ASSURANCE VIE TEMPORAIRE ET ASSURANCE MALADIES GRAVES

Veillez remplir ce formulaire si vous présentez une demande de réclamation en vertu d'un contrat d'assurance vie temporaire ou d'assurance maladies graves. Si vous présentez une demande de réclamation en vertu d'un contrat d'assurance vie entière ou d'assurance vie universelle, veuillez remplir le formulaire n° 682WUFR. Vous trouverez tous les formulaires supplémentaires sur le site RéseauÉquitable.

DIRECTIVES

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir de l'aide afin de remplir la présente déclaration et de fournir une preuve de réclamation, veuillez communiquer avec notre personnel au siège social au 1 800 668-4095.

COMMENT REMPLIR LA DÉCLARATION DU REQUÉRANT

1. Si la prestation de décès est payable à une ou à un bénéficiaire désigné, ou encore à des bénéficiaires désignés :
 - a) La personne bénéficiaire désignée doit remplir la présente déclaration, sauf si personne est mineure. S'il y a plusieurs personnes bénéficiaires, chaque personne bénéficiaire devra remplir une déclaration séparément.
 - b) Si l'une des personnes bénéficiaires désignées est mineure, la présente déclaration devrait être remplie par sa tutrice ou son tuteur en son nom ou par une autre personne autorisée par la loi afin de gérer les biens de la personne mineure.
 - c) Si l'une des personnes bénéficiaires désignées est décédée, une preuve du décès de cette personne doit être fournie.
2. Si la prestation de décès est payable aux ayants droit à la succession de la personne décédée :
 - a) Les fonds seront versés aux ayants droit à la succession de la personne décédée.
3. Si le contrat est cédé :
 - a) La ou le cessionnaire doit remplir une déclaration ainsi que la personne bénéficiaire. Le paiement sera effectué conjointement à la personne bénéficiaire et au cessionnaire.
4. Le numéro d'assurance sociale (NAS) ou le numéro d'identification aux fins de l'impôt (IRS) de la requérante ou du requérant :
 - a) Ce renseignement devrait être fourni par la requérante ou le requérant, car il se peut qu'il soit nécessaire à la déclaration du revenu imposable payé à la requérante ou au requérant. Si aucun numéro n'a jamais été attribué au requérant, veuillez inscrire « aucun numéro ». Si l'ayant droit à la succession de la personne décédée est le requérant ou la requérante, veuillez fournir le numéro d'assurance sociale de la personne décédée.

Numéro de chaque contrat en vertu duquel une demande de réclamation est présentée

Nom de la personne décédée (au complet)	Province ou État du domicile
Date du décès	Cause du décès
Lieu du décès	Date et lieu de naissance

Nom et adresse de tous les médecins qui ont traité la personne décédée au cours des cinq dernières années.

Nom	Adresse	Date	Raison

Nom et endroit de tout hôpital ou établissement où la personne décédée a reçu un traitement au cours des trois dernières années.

Hôpital ou établissement	Ville ou municipalité	Date



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ASSURANCE VIE TEMPORAIRE ET ASSURANCE MALADIES GRAVES

À votre connaissance, la personne décédée fumait-elle? Oui Non

Si la réponse est « oui », veuillez indiquer pendant combien de temps (environ)._____

Veuillez cocher une seule case : la cigarette la pipe le cigare

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle déjà cessé de fumer? Oui Non

Si la réponse est « oui », quand et pendant combien de temps?_____

La personne décédée avait-elle d'autres contrats d'assurance vie en vigueur au moment du décès? Oui Non

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT Afin de pouvoir traiter votre demande de réclamation, veuillez fournir tous les renseignements suivants.			
Nom (en lettres moulées s.v.p.)		Numéro d'assurance sociale / N° d'id. aux fins de l'impôt (IRS)	
Adresse		Ville ou municipalité	Province
Numéro de téléphone	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Pays	Code postal ou code ZIP
Adresse courriel		Emploi (titre de poste et fonctions) – si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi	
À quel titre effectuez-vous la demande de réclamation? (par ex. : personne bénéficiaire désignée, liquidatrice ou liquidateur ou cessionnaire)			Lien avec la personne décédée
Comment souhaitez-vous que la prestation soit versée?			
<input type="checkbox"/> Par dépôt direct au compte bancaire de toute personne bénéficiaire. Joindre un chèque annulé ou une lettre de la banque qui indique que la ou le bénéficiaire est titulaire du compte bancaire. (Le paiement par transfert électronique de fonds (TEF) peut être offert ou non. Si le TEF n'est pas offert avec ce contrat, un chèque sera émis et envoyé par la poste à l'adresse de la requérante ou du requérant indiqué ci-dessus.)			
<input type="checkbox"/> Par chèque (option par défaut si aucune option n'a été choisie) Le chèque sera envoyé par la poste à l'adresse de la requérante ou du requérant, sauf si une autre adresse est fournie : Autre adresse : _____			
<input type="checkbox"/> Dépôt au numéro de contrat de l'Équitable ^{MD} : _____			
<input type="checkbox"/> Dépôt à un nouveau contrat d'épargne de l'Équitable Veuillez remplir une nouvelle demande avec une conseillère ou un conseiller et la joindre à ce formulaire. Si vous n'avez pas de conseiller, communiquez avec notre équipe du Service à la clientèle au 1 800 668-4095.			
<input type="checkbox"/> Dernière personne survivante, pas de paiement pour le moment			

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE FIDUCIAIRE Si une ou un fiduciaire a été désigné au nom de la requérante ou du requérant, veuillez fournir les renseignements suivants.		
Nom (en lettres moulées s.v.p.)		
Adresse	Ville ou municipalité	Province
Numéro de téléphone	Code postal ou code ZIP	Pays



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ASSURANCE VIE TEMPORAIRE ET ASSURANCE MALADIES GRAVES

3. DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Je reconnais que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration sont véridiques, exacts et complets.

Les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré à l'Équitable, conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Équitable aux fins de traitement et de règlement des réclamations, d'amélioration et d'élaboration d'outils, de processus, d'études, d'algorithmes et de produits liés à l'assurance ou à la réassurance et de vérification après l'établissement. Je comprends et j'accepte que, aux fins mentionnées ci-dessus, les renseignements personnels au dossier à mon sujet, au sujet de la personne assurée ou de cette demande de réclamation soient accessibles et peuvent être transmis au personnel autorisé de l'Équitable, aux tiers engagés par l'Équitable, au réseau de distribution des ventes de l'Équitable, aux réassureurs participants, aux autres compagnies d'assurance, aux organismes d'enquête, aux fournisseurs de soins de santé, aux professionnels de la santé et aux pharmaciens, ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation.

Je reconnais que les renseignements personnels à mon sujet, au sujet de la personne assurée ou de cette demande de réclamation peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et, par conséquent, pourraient être assujettis aux lois de ces territoires de compétence. Si ce contrat a été établi au Québec, mes renseignements personnels seront conservés à l'extérieur du Québec. Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de l'Équitable en matière de vie privée et pour obtenir les coordonnées de la personne responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site www.equitable.ca/fr.

J'autorise tous les médecins et toutes les autres personnes ayant traité la personne assurée, ainsi que tous les hôpitaux, les établissements et toutes les instances gouvernementales à fournir à l'Équitable tout renseignement, en leur possession ou à leur connaissance, relatif à la personne assurée et d'honorer une copie de cette autorisation.

Fait à _____ le _____

Signature du requérant _____

Le fait de présenter le présent formulaire ou tout autre formulaire de demande de réclamation à la requérante ou au requérant, ne rend la Compagnie aucunement responsable et elle n'abandonne aucun de ses droits. Une disposition concernant le délai de prescription décrit la période pendant laquelle vous pouvez commencer des procédures judiciaires pour recouvrer les prestations du contrat. Cette période est énoncée dans la loi sur les assurances provinciale ou toute autre loi qui s'applique à votre demande de réclamation.

Remarque : l'Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.