



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.

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

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

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

Veillez 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



DÉCLARATION DU REQUÉRANT – ASSURANCE VIE TEMPORAIRE ET ASSURANCE MALADIES GRAVES

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT (suite)

Comment souhaitez-vous que la prestation soit versée?

- 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.
- 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 : _____
- Dépôt au numéro de contrat de l'Équitable^{MD} : _____
- 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.
- 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

3. DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Je reconnais que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration sont véridiques, exacts et complets. J'autorise tous les médecins et toutes les autres personnes ayant traité la personne décédée, 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 décédée 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.