

Le présent formulaire est fourni par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la compagnie), à la convenance du demandeur dans le but d'effectuer une demande d'assurance vie. Lorsqu'elle fournit un tel formulaire ou d'autres formulaires, la compagnie n'accepte aucune responsabilité et n'abandonne aucun de ses droits.

1. Représentant autorisé	Agence (nom et numéro)	U.S.
--------------------------	------------------------	------

INFORMATION RELATIVE À LA PERSONNE DÉCÉDÉE

2. Contrat(s)	3. Montant	4. Produit	5. Nom de famille		
			6. Prénom		
			7. N°	8. Rue	9. App.
			10. Ville		11. Prov. 12. Code postal
13. Emploi de l'assuré			14. N° d'assurance sociale		15. Date de naissance
16. Quand la santé a-t-elle commencé à décliner?			17. Date de la première consultation pour la dernière maladie		18. Date du décès
19. Lieu du décès		20. Cause du décès			

21. Nom et adresse de tout médecin qui a soigné la personne décédée pendant la dernière maladie ou pendant les cinq dernières années			
Nom du médecin	Adresse	Date	Maladie ou condition
		A M J	

22. Nom et adresse de tout hôpital où la personne décédée a été traitée pendant les cinq dernières années			
Nom de l'hôpital	Adresse	Date	
		A M J	

23. LA PERSONNE DÉCÉDÉE ÉTAIT :		MARIÉE, MAIS LORS DU DÉCÈS :	
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Mariée	<input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Divorcée depuis le _____
<input type="checkbox"/> Conjoint de fait, depuis le _____			<input type="checkbox"/> Mariage annulé
		<input type="checkbox"/> Séparée légalement depuis le _____	<input type="checkbox"/> Séparée de fait seulement

24. La personne décédée a-t-elle laissé des enfants? Non Oui Combien? _____ Leur âge? _____

25. Combien de frères et de sœurs la personne décédée avait-elle? _____ Leur âge? _____

26. Indiquez si les parents de la personne décédée vivent encore : Le père? Non Oui La mère? Non Oui

27. Détails des autres protections d'assurance (vie, accident, maladie) sur la vie de la personne décédée auprès d'autres assureurs			
Nom de l'assureur	Numéro de contrat	Date du contrat	Montant
		A M J	\$
			\$

INFORMATION RELATIVE AU DEMANDEUR (Lire les instructions à la page suivante.)

28. Nom et prénom	29. Lien de parenté avec la personne décédée	30. Date de naissance	31. N° d'assurance sociale
		A M J	
32. Adresse N° Rue	App. Ville	Province	Code postal

33. En quelle qualité formulez-vous cette demande de règlement?
 Bénéficiaire (Indiquer l'adresse de tout bénéficiaire qui réside à l'extérieur du Canada.) Succession → Le paiement sera effectué au nom de la succession.

34. Je demande que le règlement soit
 transféré au contrat. _____ (Joindre proposition.) effectué par chèque.

AVIS RELATIF AU DÉLAI DE PRESCRIPTION : Votre demande est régie par un délai de prescription stipulé dans la Loi sur les assurances ou dans toute autre loi provinciale qui s'applique. Cela signifie que vous ne pouvez plus tenter de poursuites après un certain délai.

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone concernant la présente demande de règlement sera exacte et complète. Je consens à ce que toutes ces déclarations forment la base de toute prestation approuvée pour cette demande de règlement.

Je consens à donner les renseignements inscrits sur ce formulaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la compagnie) ainsi qu'à ses filiales et je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter, administrer la présente demande et la couverture de la police d'assurance. J'autorise tout autre assureur, réassureur, établissement financier, médecin, établissement médical, fournisseur de soins de santé, employeur, administrateur d'assurance collective, représentant ou courtier, toute agence d'investigation et d'évaluation du crédit et toute personne et entreprise susceptibles d'avoir des renseignements personnels pertinents à cette demande de règlement à les transmettre à la compagnie.

J'autorise la compagnie à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent aux fins désignées ci-dessus ou à toute autre fin autorisée par moi-même ou comme requis par la loi.

Je confirme qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Témoïn	Signature du demandeur	Date
--------	------------------------	------

Adresse du témoïn	Adresse du demandeur	Date
-------------------	----------------------	------

Tél. dom. : _____ Tél. bur. : _____

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être signé par le bénéficiaire. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire, le formulaire peut être signé par seulement un des bénéficiaires, mais vous devez indiquer les adresses et les numéros d'assurance sociale de chaque bénéficiaire sur une feuille séparée. Un chèque sera émis au nom de chacun, sauf si vous nous avisez de ne faire qu'un seul chèque pour tous les bénéficiaires.

Lorsque la désignation du ou des bénéficiaires est « héritiers légaux », « succession » ou « ayants droit », le liquidateur de la succession ou l'un des héritiers doit signer le formulaire et le chèque sera fait à l'ordre de la succession.

Si le ou les bénéficiaires sont mineurs, le formulaire doit être rempli par le tuteur légal (Québec) ou par un fiduciaire désigné (autres provinces). Il faut joindre un acte de naissance du ou des mineurs et indiquer le nom et l'adresse du ou des parents. Le paiement sera fait selon la loi applicable.

Si la somme assurée fait l'objet d'une cession, en totalité ou en partie, la prestation sera payée conjointement au cessionnaire et au bénéficiaire. Si la cession n'est plus en vigueur, vous devez nous faire parvenir une copie de la quittance ou de la rétrocession.

Si vous désirez des renseignements additionnels concernant ce formulaire ou votre demande de règlement, n'hésitez pas à communiquer avec votre représentant ou le Service des règlements.

Note – Le formulaire F37-14 doit être utilisé dans le cas d'une demande de prestation décès touchant un contrat de rente individuelle.

Dans le cas d'un contrat assurant plusieurs vies, si la personne décédée est le propriétaire du contrat et qu'aucun propriétaire subsidiaire n'a été désigné, la déclaration ci-dessous doit être remplie.

DÉCLARATION

Je, _____, domicilié(e)

au numéro _____ de la rue _____ à _____,

déclare ce qui suit :

1. _____ est décédé(e) à _____
le _____ à l'âge de _____

2. Je suis _____ de la personne décédée.
(veuf, veuve, frère, sœur, etc.)

3. La personne décédée était propriétaire du ou des contrats } portant le ou les numéros _____
établis par l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.**

4. La personne décédée a laissé les dispositions testamentaires suivantes :

a) un testament Oui – **Veillez joindre une copie.** Notarié Fait devant témoins (forme anglaise) Olographe
Après avoir fait de sérieuses recherches, je présente le document ci-inclus comme étant le dernier testament de la personne décédée.

Non – Remplir la section 5.

b) un contrat de mariage Oui – **Veillez joindre une copie** et remplir la section 5.
 Non

Si une réponse **négative** a été donnée aux questions 4a) et 4b), remplir la section 5.

5. Nom du conjoint _____ Mariage légal Union de fait

Date de naissance du conjoint :

A	M	J
---	---	---

La personne décédée a-t-elle laissé des enfants? Oui – Remplir la section 6. Non – Remplir la section 7.

6. Nom et prénom des enfants

	Né(e) le : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">J</td></tr></table>	A	M	J		Né(e) le : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">J</td></tr></table>	A	M	J
A	M	J							
A	M	J							
	Né(e) le : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table>					Né(e) le : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table>			
	Né(e) le : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table>					Né(e) le : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table>			

7. Proches parents

VIVANT(S)		Proches parents	DÉCÉDÉ(S)	
Nom	Âge		Nom	À l'âge de
		Père		
		Mère		
		Frères/Sœurs		
		Frères/Sœurs		

Je déclare que ces réponses sont véridiques et comprends que la déclaration est effectuée dans le but de transférer la propriété du contrat.

Signé à _____

le _____ 20 _____

Signature du déclarant

Témoin

Adresse