DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE ET DÉCÈS ACCIDENTEL COLLECTIVE

Voir la page 2 pour l'information importante à lire avant de remplir ce formulaire et la page 3 pour la Déclaration du médecin traitant (s'il y a lieu).
Dans le présent formulaire, le masculin englobe le féminin.

Effacer le formulaire

1. Déclaration du titulaire de la police d'assurance collective

Nom du titulaire de la police	Numéro de la police d'assurance collective
Nom de l'employé l'assuré (prénom, second prénom, nom de famille)	Numéro du certificat
Nous certifions que l'employé précité travaillait _____ heures par semaine le _____ (jj/mm/aaaa) **OU** était ◯ à la retraite **OU** ◯ invalide depuis le _____ (jj/mm/aaaa)	
Nom de la personne décédée	Lien avec l'employé assuré (s'il s'agit d'une personne à charge)
Nom du bénéficiaire (si la personne décédée est l'employé)	Montant d'assurance faisant l'objet de la demande de règlement $
Fait à (ville, province)	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du représentant autorisé de l'entreprise X	

Nom et titre du représentant autorisé de l'entreprise (en lettres moulées)	Numéro de téléphone	Adresse de courriel

2. Déclaration du demandeur

Nom du demandeur (prénom, second prénom, nom de famille)		Numéro de téléphone du demandeur
À quel titre demandez-vous le produit de l'assurance? (par ex., bénéficiaire désigné, fiduciaire, liquidateur, tuteur, etc.)		
Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire	Date de naissance du bénéficiaire (jj/mm/aaaa)	Lien avec la personne décédée
Nom de la personne décédée		Date de naissance de la personne décédée (jj/mm/aaaa)
Cause du décès		Date du décès (jj/mm/aaaa)

Déclaration et autorisation :

Je, soussigné, reconnaît avoir fourni l'information dans ce formulaire afin d'obtenir le paiement du produit de l'assurance (à titre personnel ou au nom d'un bénéficiaire) et je déclare que j'ai légalement le droit de recevoir la totalité ou une part du produit de l'assurance payable en vertu de la police d'assurance collective et du numéro de certificat susmentionnés. Je certifie que, à ma connaissance, les réponses données dans ce document et l'information contenue dans les autres documents à l'appui de la présente sont véridiques et complètes. Je certifie aussi que, à ma connaissance, toute autre déclaration de ma part sera véridique et complète.

Je, soussigné, autorise L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie), ses réassureurs et leurs agents respectifs et tout employeur, tout administrateur de polices d'assurance collective, tout médecin autorisé, tout praticien médical, tout hôpital, toute clinique ou toute autre institution médicale ou paramédicale, tout assureur ou toute autre organisation, institution ou personne qui a de l'information concernant cette demande de règlement de divulguer ou d'échanger toute information nécessaire dans le but d'administrer la police d'assurance collective et d'examiner et d'évaluer cette demande de règlement.

Afin de maintenir la confidentialité de mes renseignements personnels et de ceux de la personne décédée, l'Empire Vie établira un dossier contenant les renseignements fournis dans la demande de règlement. L'objectif de ce dossier est de permettre à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs agents respectif d'évaluer la demande de règlement et de rendre une décision concernant celle-ci. Ce dossier sera conservé dans un bureau de l'Empire Vie et seuls les membres du personnel, les agents ou les représentants de l'Empire Vie y auront accès pour l'exécution de leurs fonctions. Je comprends que l'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de mes renseignements personnels. Les renseignements personnels qui sont traités ou stockés dans une autre juridiction peuvent être assujettis aux lois de cette juridiction, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de cette juridiction dans certaines circonstances. Je peux accéder à la plus récente version de la politique de l'Empire Vie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site de l'Empire Vie à www.empire.ca.

Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes d'assurance payables conformément au contrat est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débuté pendant le délai prévu par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre législation applicable.

AVIS CONCERNANT LES FRAUDES : Toute personne déposant sciemment une demande contenant toute information fausse ou trompeuse pourrait faire l'objet de sanctions civiles ou criminelles. De plus, si le proposant ou le demandeur présentait toute fausse information importante liée à la demande ou à la proposition d'assurance, un assureur peut refuser la demande de règlement.

Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Fait à (ville, province)	Date (jj/mm/aaaa)
Adresse du demandeur	
Signature du demandeur X	

Empire Vie

INFORMATION IMPORTANTE À LIRE AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE :

Veuillez noter les éléments suivants avant de remplir ce formulaire :

- Un formulaire de demande de règlement pourrait ne pas être requis pour les demandes de règlement d'assurance vie de moins de 75 000 $, sans bénéficiaire mineur et sans demande de règlement pour décès accidentel. Veuillez nous appeler au numéro ci-dessous pour connaître les exigences.
- S'il y a plusieurs bénéficiaires, vous devez remplir une Déclaration du demandeur pour chaque bénéficiaire.
- La Déclaration du médecin traitant est toujours requise (page 3 de ce formulaire) pour toute demande de règlement d'assurance vie de 75 000 $ et plus, ainsi que pour toute demande de règlement pour décès accidentel. L'Empire Vie pourrait demander la Déclaration du médecin traitant pour d'autres demandes de règlement d'assurance vie.
- En fournissant ce formulaire ou d'autres formulaires de demande de règlement au demandeur, l'Empire Vie n'assume aucune responsabilité et ne renonce à aucun de ses droits. L'Empire Vie se réserve le droit, à sa discrétion, de demander des renseignements ou des documents supplémentaires.

1. **Succession à titre de bénéficiaire :** Un représentant de la succession doit remplir la Déclaration du demandeur.

   La personne décédée a-t-elle laissé un testament? ◯ oui ◯ non

   Dans l'affirmative, celui-ci a-t-il été homologué? ◯ oui ◯ non

   a) La personne décédée a laissé un testament : La Déclaration du demandeur doit être remplie par le(s) liquidateur(s) et une copie notariée doit être soumise. Pour les successions traitées au Québec, veuillez fournir 1) une copie notariée du testament et des recherches testamentaires; ou 2) une copie notariée d'un testament olographe.

   b) La personne décédée n'a pas laissé de testament : La Déclaration du demandeur doit être remplie par un administrateur de la succession et une copie notariée des lettres d'administration ou du certificat de nomination d'un fiduciaire de succession sans testament doit être soumise. Au Québec, veuillez soumettre les recherches testamentaires, la déclaration de succession notariée ainsi que la Déclaration du demandeur.

2. **Bénéficiaire mineur :** La Déclaration du demandeur doit être remplie au nom du bénéficiaire mineur par le fiduciaire désigné dans le certificat par l'employé assuré. Si aucun fiduciaire n'est désigné, la Déclaration du demandeur doit être remplie par le tuteur légalement désigné ou au Québec, par le tuteur. Une copie notariée de la désignation du tuteur doit être fournie. Au Québec, le produit est versé aux parents à titre de tuteurs légaux, à moins que l'employé assuré n'ait créé une fiducie valide.

3. **Bénéficiaire décédé :** Une preuve de décès satisfaisante de tout bénéficiaire décédé est requise (par ex., certificat de décès, avis du salon funéraire). Le produit de l'assurance sera payable à la succession de l'employé assuré (voir « Succession à titre de bénéficiaire » ci-haut).

4. **Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire :** Cette information est nécessaire puisqu'elle pourrait être requise pour la déclaration de tout revenu imposable payé au bénéficiaire. Si la succession de la personne décédée est le demandeur, le numéro d'assurance sociale (NAS) de la personne décédée devra être indiqué. Si le bénéficiaire n'a pas de NAS, il doit nous en aviser à la section 2, Déclaration du demandeur, du présent formulaire.

Pour communiquer avec nous :

Téléphone : 1 800 267-0215, **Télécopieur :** 613 548-8402 **Sans frais :** 1 855 430-9455 **Courriel :** grouplifeanddisability@empire.ca

Empire Vie

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE ET DÉCÈS ACCIDENTEL COLLECTIVE

À remplir pour toute demande de règlement d'assurance vie de 75 000 $ et plus et pour toute demande de règlement pour décès accidentel.

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR		
Numéro de la police d'assurance collective	Numéro de division	Numéro de certificat
Nom de la personne décédée (prénom, second prénom, nom de famille)		Date du décès (jj/mm/aaaa)
Nom du demandeur		
Par la présente, j'autorise tout médecin, tout praticien médical, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou de nature médicale, tout assureur ou toute autre organisation, institution ou personne, qui possède des dossiers ou des renseignements sur la santé de la personne décédée susmentionnée, à divulguer à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) ou à ses réassureurs toute information concernant la santé et les antécédents médicaux de la personne décédée, ainsi que toute hospitalisation, tout conseil, tout diagnostic, tout traitement, toute maladie, tout malaise ou toute condition. **Je comprends que je dois assumer tous les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.**		
Signature du demandeur X		**Date** (jj/mm/aaaa)

Tous les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du demandeur.

Déclaration du médecin traitant – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN		
Cause principale du décès	Cause secondaire du décès	
Date du début de la dernière maladie	Date des premiers soins pour la dernière maladie	Âge au décès (ou date de naissance de la personne décédée)
Si la cause du décès est un accident, un suicide ou un homicide, veuillez préciser et décrire brièvement :		
Par la présente, je certifie que le décès de _____ (nom de la personne décédée), à l'emploi de _____, est survenu le _____ (jj/mm/aaaa).		
Avis au médecin : L'Empire Vie conservera toute information que vous lui fournissez concernant cette demande de règlement dans un dossier d'assurance vie et/ou décès accidentel et pourrait la divulguer au demandeur et/ou à quiconque est autorisé par le demandeur à en être avisé. En fournissant l'information, vous consentez à ce que l'Empire Vie la divulgue sans aucune modification.		
Fait à (ville, province)		Date (jj/mm/aaaa)
Nom du médecin traitant (en lettres moulées)		Numéro de téléphone
Adresse (rue, ville, province, code postal)		
Signature du médecin traitant X		

En fournissant ce formulaire de demande de règlement ou tout autre formulaire au demandeur, l'Empire Vie n'assume aucune responsabilité et ne renonce à aucun de ses droits.

Pour communiquer avec nous :

Téléphone : 1 800 267-0215, Télécopieur : 613 548-8402 Sans frais : 1 855 430-9455 Courriel : grouplifeanddisability@empire.ca

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Empire Vie MD