

# DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE ET DÉCÈS ACCIDENTEL COLLECTIVE

Dans ce formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. De plus, le masculin est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

## Information importante à lire avant de remplir ce formulaire

Remplissez ce formulaire pour toute demande de règlement d'assurance vie de 100 000 \$ ou plus pour un employé assuré OU pour toute demande de règlement d'assurance décès accidentel, peu importe le montant réclamé. Vous n'avez pas à remplir une « Déclaration du demandeur » pour les demandes de règlement d'assurance vie de personnes à charge. Veuillez communiquer avec nous afin d'obtenir les exigences pour toutes les autres demandes de règlements d'assurance vie.

S'il y a plusieurs bénéficiaires, vous devez remplir une « Déclaration du demandeur » pour chaque bénéficiaire. Vous devez remplir une seule « Déclaration du titulaire de la police d'assurance collective » et une seule « Déclaration du médecin traitant » par demande de règlement.

La « Déclaration du médecin traitant » (page 4 de ce formulaire) est toujours requise pour toute demande de règlement d'assurance vie de 100 000 \$ 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 laissé un testament :** Le(s) liquidateur(s) doivent remplir une « Déclaration du demandeur » et soumettre une copie notariée du testament. Pour les successions traitées au Québec, veuillez fournir 1) une copie notariée du testament et des certificats de recherche testamentaire; ou 2) une copie notariée d'un testament olographe ou d'un testament rédigé en présence de témoins et un jugement relatif à l'homologation.

**La personne décédée n'a pas laissé de testament :** Un administrateur de la succession doit remplir la « Déclaration du demandeur » et soumettre une copie notariée de tout document émis par un tribunal prouvant sa nomination. Au Québec, veuillez soumettre les certificats de recherche testamentaire, la déclaration d'hérédité notariée ainsi que la « Déclaration du demandeur » remplie par le ou les héritier(s).

**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 ait créé une fiducie valide.

**3. Bénéficiaire décédé :** Une preuve satisfaisante du décès de tout bénéficiaire est requise (p. 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-dessus).

## Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous :

Téléphone : 1 800 267-0215

Télécopieur : 613 548-8402 (sans frais : 1 855 430-9455)

Courriel : [grouplifeanddisability@empire.ca](mailto:grouplifeanddisability@empire.ca)

# DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE ET DÉCÈS ACCIDENTEL COLLECTIVE

<b>1. Renseignements sur l'employé assuré décédé</b>				
Numéro de la police d'assurance collective		Numéro de division	Numéro de certificat	
Nom de l'employé assuré décédé (prénom, second prénom, nom de famille)			Date du décès (jj/mm/aaaa)	
<b>2. Déclaration du titulaire de la police d'assurance collective – à remplir par l'administrateur du régime</b>				
Nom du titulaire de la police				
Dernier jour de travail de l'employé assuré (jj/mm/aaaa)		Nombre d'heures de travail par semaine		
Raison pour laquelle l'employé a arrêté de travailler : <input type="radio"/> Décès <input type="radio"/> Invalidité <input type="radio"/> Autre – veuillez préciser :				
Nom du (des) bénéficiaire(s)			Montant d'assurance réclamé \$	
<b>Signature du représentant autorisé de la société</b> <b>X</b>		Nom et titre du représentant autorisé de la société (en lettres moulées)		
Signée à (ville et province)			Date (jj/mm/aaaa)	
Numéro de téléphone		Adresse de courriel		
<b>3. Déclaration du demandeur – à remplir par le demandeur</b>				
<b>Je réclame le produit à titre de (cochez tout ce qui s'applique) :</b> <input type="radio"/> bénéficiaire désigné <input type="radio"/> liquidateur de la succession <input type="radio"/> fiduciaire au nom d'un bénéficiaire mineur				
Y a-t-il un testament? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – si oui, est-il homologué? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Nom du demandeur (prénom, second prénom, nom de famille)				
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone		Adresse de courriel		
Date de naissance du bénéficiaire (jj/mm/aaaa)		Lien avec la personne décédée		
Cause du décès				

**4. Renseignements sur le liquidateur**  identiques à ceux du demandeur fournis à la section 3, ou  inconnus, ou :

Nom du liquidateur (prénom et nom de famille)

Adresse (numéro et rue)

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone

Adresse de courriel

**5. Information importante**

**AVIS CONCERNANT LA FRAUDE**

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

**AVIS CONCERNANT LE DÉLAI DE PRESCRIPTION**

Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes d'assurance payables dans le cadre d'un contrat est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débuté pendant le délai prévu par la *Loi sur les assurances* (pour la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour l'Ontario) ou toute autre législation applicable (pour les autres provinces ou territoires).

**AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Afin de maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels et de ceux du défunt, l'Empire Vie établira un dossier contenant les renseignements fournis dans la demande de règlement. Le but de ce dossier est de permettre à l'Empire Vie d'évaluer la demande. Nous conserverons le dossier à nos bureaux et seuls les membres du personnel, les agents, les tiers fournisseurs de service et les représentants de l'Empire Vie y auront accès lorsque requis dans l'exécution de leurs fonctions. L'Empire Vie peut avoir recours à des tiers fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de vos 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. La plus récente version de notre politique en matière de protection des renseignements personnels se trouve sur notre site au [www.empire.ca](http://www.empire.ca).

**6. Déclaration, autorisation et consentement**

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente *Déclaration du demandeur* sont exacts et complets.

Je reconnais que j'ai lu et compris la section 4 – Information importante.

Je reconnais que l'Empire Vie ne confirme pas la validité de toute demande de règlement ni ne renonce à ses droits à l'égard de toute demande de règlement découlant du contrat/de la police en fournissant le présent formulaire, en évaluant la demande, ou en acceptant des preuves à l'appui de la demande de règlement.

J'autorise l'Empire Vie, ses réassureurs et leurs agents respectifs ainsi que tout employeur, tout administrateur de police d'assurance collective, tout médecin autorisé, tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical, tout assureur ou toute autre organisation, institution ou personne détenant de l'information relative à la présente demande de règlement de divulguer et d'échanger toute information nécessaire afin d'administrer cette police d'assurance collective et d'évaluer la présente demande.

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

Signature du demandeur

X

Signée à (ville et province)

Date (jj/mm/aaaa)

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

Remplissez ce formulaire pour toute demande de règlement d'assurance vie de 100 000 \$ ou plus pour un employé assuré et pour toute demande de règlement d'assurance décès accidentel.

S'il y a plusieurs bénéficiaires, vous devez remplir une seule « Déclaration du médecin traitant ».

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

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						
<p><b>Par la présente, j'autorise</b> tout médecin, tout praticien, 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, notamment toute hospitalisation, tout conseil, tout diagnostic, tout traitement, toute maladie, tout malaise ou tout problème de santé.</p> <p><b>Je comprends que je dois assumer tous les frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.</b></p>						
Signature du demandeur <b>X</b>				Date (jj/mm/aaaa)		
À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT						
Cause principale du décès			Cause secondaire du décès			
Date du début de la dernière maladie		Date de début des 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 :						
<p><b>Avis au médecin traitant :</b> 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.</p>						
Nom du médecin traitant (en lettres moulées)			Spécialité médicale			
Adresse (numéro et rue)				Sceau du médecin traitant		
Ville		Province	Code postal			
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur				Adresse de courriel
Signature du médecin traitant <b>X</b>			Date (jj/mm/aaaa)			

**Veuillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :**

Règlements vie et invalidité  
Solutions d'assurance collective  
L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie  
259, rue King Est  
Kingston ON K7L 3A8

Télocopieur : 1 855 430-9455  
Courriel : grouplifeanddisability@empire.ca