

Demande de règlement décès

Foundation- Première fondation du savoir –

Contrat collectif 83028

Écrire lisiblement
EN CARACTÈRES
D'IMPRIMERIE.

Instructions

- La personne qui présente la demande de règlement doit remplir la section 2, joindre un certificat de décès et demander à un médecin de remplir la section 3.
- Foundation- Première fondation du savoir doit remplir la section 1.
- Une fois le formulaire rempli, veuillez retourner l'original à l'adresse suivante : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, Règlements vie groupe, C. P. 6075, succ. CV, Montréal (Québec) H3C 3G5.

1 Renseignements – Régimes d'épargne-études

Section à remplir par USC
Régimes d'Épargne-Études inc.

Renseignements sur la personne décédée

Nom de famille de la personne décédée		Prénom de la personne décédée		<input type="checkbox"/> Homme
				<input type="checkbox"/> Femme
Dernière adresse postale (numéro et rue, appartement ou bureau)				
Ville		Province	Code postal	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Date du décès (jj-mm-aaaa)		Âge
- -		- -		

Renseignements sur la convention

Identification	Fréquence	Date du premier dépôt demandé (jj-mm-aaaa)	Date du dernier dépôt demandé (jj-mm-aaaa)	
		- -	- -	
Date d'effet de l'assurance (jj-mm-aaaa)	Montant demandé	Dépôts demandés	Montant par dépôt	
- -	\$		\$	

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature	Date (jj-mm-aaaa)
	X	- -

2 Déclaration du parent le plus proche

Section à remplir par la
personne qui présente la
demande de règlement.

Votre lien de parenté avec la personne décédée	Date à laquelle la personne décédée s'est plainte ou a consulté un médecin pour la première fois relativement à sa dernière maladie (jj-mm-aaaa)

Autant que vous sachiez, la personne décédée a-t-elle déjà fait usage de produits du tabac? Oui Non

Veuillez fournir les noms et adresses des médecins traitants de la personne décédée et des hôpitaux où elle a été traitée au cours des trois années qui ont précédé son décès:

Nom	Adresse	Date (jj-mm-aaaa)	Affection
		- -	
		- -	
		- -	

2 Déclaration du parent le plus proche (suite)

J'atteste que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont véridiques et exacts. J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, le ou les gestionnaires du régime ainsi que leurs mandataires et leurs fournisseurs de services à recueillir des renseignements au sujet de _____ (l'assuré), à les utiliser aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent contrat d'assurance, et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents en ce qui a trait à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les agences gouvernementales, les régies provinciales de l'assurance-maladie, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance. Je reconnais que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide jusqu'à ce que l'évaluation de la demande de règlement prenne fin.

Nom du représentant autorisé de la personne décédée	Lien avec la personne décédée (ex. : proche parent, liquidateur de la succession (ou exécuteur testamentaire), etc.)	
Adresse (numéro et rue)	Unité ou bureau	
Ville	Province	Code postal
Signature du représentant autorisé X	Numéro de téléphone — —	Date (jj-mm-aaaa) — —

3 Déclaration du médecin

Section à remplir par le médecin.

Nom de famille de la personne décédée		Prénom de la personne décédée	
Date du début de la maladie (jj-mm-aaaa) — —	Date du décès (jj-mm-aaaa) — —	Lieu du décès	
Cause directe du décès			
Cause secondaire du décès			

Le décès est-il attribuable à : des causes naturelles un suicide un accident un homicide

Autant que vous sachiez, la personne décédée a-t-elle déjà fait usage de produits du tabac? Oui Non

Avez-vous traité ou donné conseil à la personne décédée au cours des trois années précédant son décès? Oui Non

Si oui, veuillez préciser (dates, maladie/blessure) :

3 Déclaration du médecin (suite)

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été soignée par un autre médecin ou praticien de la santé, ou a-t-elle été traitée dans un hôpital ou un établissement médical, au cours des trois dernières années?

Oui Non

Si oui, précisez :

Date (jj-mm-aaaa)	Nom du médecin/de l'hôpital	Adresse	Détails
- -			
- -			
- -			

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)		
Adresse (numéro et rue, appartement ou bureau)		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone	N° de télécopieur	

À ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.

Signature du médecin X	Date (jj-mm-aaaa) - -
---------------------------	--------------------------