



Déclaration de sinistre-décès

Avant de remplir le présent formulaire, veuillez consulter les directives à la page 2.

Directives et documents exigés

DÉCÈS DU PARTICIPANT AU RÉGIME

(veuillez écrire en lettres moulées)

Remplir les pages 3, 4 et 5 du présent formulaire

- L'administrateur du régime remplit et signe la section 1.
- Le demandeur remplit et signe les sections 2, 3 et 4.

Veuillez vous assurer de fournir les documents exigés ci-dessous.

Capital assuré **INFÉRIEUR À 300 000 \$**

- Original ou copie notariée de la déclaration de décès du directeur de funérailles, et notice nécrologique parue dans les journaux (si disponible)

OU

- Original ou copie notariée de l'acte de décès provincial

OU

- Déclaration du médecin traitant (page 9 du présent formulaire)

Capital assuré de 300 000 \$ **OU PLUS**

- Original ou copie notariée de l'acte de décès provincial

OU

- Déclaration du médecin traitant (page 9 du présent formulaire)

Décès accidentel

- Déclaration du médecin traitant ou du coroner (page 11 du présent formulaire)

Régimes gérés par le promoteur de régime (Si vous tenez à jour les données sur l'admissibilité des participants, veuillez remplir la section relative aux régimes gérés par le promoteur de régime.)

- ORIGINAL de la demande d'adhésion du participant

DÉCÈS D'UNE PERSONNE À CHARGE

(veuillez écrire en lettres moulées)

Remplir les pages 6, 7 et 8 du présent formulaire

- L'administrateur du régime remplit et signe la section 1.
- Le demandeur remplit et signe les sections 2, 3 et 4.

Veuillez vous assurer de fournir les documents exigés ci-dessous.

Capital assuré **INFÉRIEUR À 300 000 \$**

- Original ou copie notariée de la déclaration de décès du directeur de funérailles, et notice nécrologique parue dans les journaux (si disponible)

OU

- Original ou copie notariée de l'acte de décès provincial

OU

- Déclaration du médecin traitant (page 9 du présent formulaire)

Capital assuré de 300 000 \$ **OU PLUS**

- Original ou copie notariée de l'acte de décès provincial

OU

- Déclaration du médecin traitant (page 9 du présent formulaire)

Décès accidentel (s'il y a lieu)

- Déclaration du médecin traitant ou du coroner (page 11 du présent formulaire)

Régimes gérés par le promoteur de régime (Si vous tenez à jour les données sur l'admissibilité des participants, veuillez remplir la section relative aux régimes gérés par le promoteur de régime.)

- COPIE de la demande d'adhésion du participant

Documents additionnels exigés

Règlements à des bénéficiaires mineurs

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE de la désignation de curatelle de la succession du mineur

Règlements à la succession

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE du testament homologuée ou des lettres d'homologation, si le capital assuré est de 50 000 \$ ou plus

Si le bénéficiaire décède avant le participant

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE/CERTIFIÉE de l'acte de décès du bénéficiaire

Veuillez faire parvenir le présent formulaire à l'adresse appropriée.

Assurance collective Financière Manuvie
Règlements Vie
P.O. Box 1030, Stn Central
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2X5
Tél. : 1 866 447-4517
902 453-4300
Télec. : 1 866 292-9050
902 429-7292

Assurance collective Financière Manuvie
Règlements Vie
C.P. 395, succ. Place-d'Armes
Montréal (Québec) H2Y 3H1
Tél. : 1 866 236-6313
514 288-6268
Télec. : 1 888 488-6738
514 286-6738

Décès du participant au régime

Assurance collective

Déclaration de sinistre Vie et Décès accidentel (s'il y a lieu)

En cas de décès d'une personne à charge, utilisez les pages 6, 7 et 8. Veuillez écrire clairement en lettres moulées.

1 Déclaration de l'administrateur du régime en cas de décès du participant

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| Numéro(s) de contrat | Numéro de compte/division | Catégorie | Section locale | Numéro de certificat du participant |
| Nom du promoteur du régime | | | Titre du poste du participant décédé | |
| Nom du participant décédé (nom de famille et prénom) | | | | Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) |
| Date d'engagement (jj/mmmm/aaaa) | Nom du bénéficiaire (nom de famille et prénom) | | Lien avec le participant | |
| Cochez la (les) case(s) pertinente(s) et indiquez le capital assuré. | | | | |
| <input type="radio"/> Assur. vie de base _____ \$ <input type="radio"/> Assur. vie de base _____ \$ <input type="radio"/> Assur. décès accidentel de base _____ \$ <input type="radio"/> Assur. vie facultative _____ \$ <input type="radio"/> Assur. vie permanente libérée _____ \$ <input type="radio"/> Assur. décès accidentel facultative _____ \$ | | | | |
| Date du dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa) | Salaire au dernier jour de travail <input type="radio"/> Annuel <input type="radio"/> Bimensuel <input type="radio"/> Hebdomadaire _____ \$ <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Toutes les deux semaines <input type="radio"/> Horaire | | | |
| Nbre habituel d'heures de travail par semaine | Date d'effet du salaire (jj/mmmm/aaaa) | Date du décès (jj/mmmm/aaaa) | Date de cessation (s'il y a lieu) (jj/mmmm/aaaa) | |
| Le participant payait-il une partie de la prime? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | | | |
| Si le décès est survenu après la date du dernier jour de travail effectif, quelle était alors la situation du participant? | | | | |
| <input type="radio"/> Retraité <input type="radio"/> Mis à pied temporairement <input type="radio"/> Licencié <input type="radio"/> Invalide <input type="radio"/> En congé autorisé <input type="radio"/> Avait démissionné | | | | |
| Si le participant était invalide avant le décès, une demande de prestations d'invalidité a-t-elle été présentée au cours de la période d'invalidité? | | | | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez indiquer le numéro de la demande et le nom de l'assureur. | | | | |
| Numéro de la demande | | Assureur | | |
| Le décès était-il accidentel? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | | | |
| Si « oui », veuillez faire remplir la Déclaration du médecin traitant ou du coroner (page 11) et la joindre à la présente déclaration. | | | | Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa) |
| L'accident est-il survenu pendant que le participant travaillait? | | | | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser le lieu de l'accident, y compris l'adresse. | | | | |
| Lieu | | Adresse | | |
| Dans le cas de l'assurance vie facultative seulement - Le participant bénéficiait-il des taux non-fumeurs? | | | | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », joindre copie de la déclaration. | | | | |
| Date d'effet la plus récente de l'assurance du participant (jj/mmmm/aaaa) | Date d'effet initiale de l'assurance du participant (jj/mmmm/aaaa) | Date jusqu'à laquelle les primes ont été payées (jj/mmmm/aaaa) | | |
| Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. Je certifie également que je ferai en sorte que tous autres renseignements que je fournirai oralement ou par écrit soient véridiques et complets. Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le demandeur ou les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée. | | | | |
| Signataire autorisé X | | Date (jj/mmmm/aaaa) | Indicatif régional et numéro de téléphone () | |
| Adresse postale (numéro, rue) | | Ville | Province | Code postal |

Régimes gérés par le promoteur de régime seulement

Si vous tenez à jour les données sur l'admissibilité des participants, veuillez remplir la partie ci-contre et joindre l'**ORIGINAL** de la demande d'adhésion du participant.

Déclaration de l'administrateur du régime

2 Déclaration du demandeur dans le cas du décès du participant

SI LE DÉCÈS EST ACCIDENTEL, veuillez répondre aux questions suivantes. Joindre une feuille en annexe si l'espace est insuffisant. Si le décès n'est pas accidentel, veuillez lire et signer l'attestation ci-dessous.

Veuillez fournir le nom et l'adresse de toute personne témoin de l'accident.

| | | | |
|---|--|---|--|
| Lien avec le participant décédé | | Numéros d'autres contrats de la Financière Manuvie au titre desquels une demande de règlement est présentée | |
| Cause du décès | | | |
| Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa) | | Moment de l'accident <input type="radio"/> A.M. <input type="radio"/> P.M. | |
| Décrivez l'accident en détail. Où était le participant et que faisait-il au moment de l'accident? | | | |
| Nom(s) | | Adresse(s) | |
| La personne décédée était-elle sujette à des syncopes ou souffrait-elle de troubles physiques ou mentaux? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez préciser. | | | |

3 Option de versement (compte Accessible de la Banque Manuvie)

La Financière Manuvie est heureuse d'offrir une option de versement de la prestation de décès unique en son genre. Les bénéficiaires répondant aux critères d'admissibilité peuvent demander le dépôt de la prestation dans un compte-chèques à taux d'intérêt élevé, le compte Accessible. Il s'agit d'un produit offert par une filiale de la Financière Manuvie, la Banque Manuvie du Canada (« Banque Manuvie »). Comme vous ne payez ni frais mensuels de tenue de compte ni frais pour tirer des chèques, vous avez accès facilement aux sommes qui y sont déposées.

Admissibilité
 Cette option de versement n'est pas offerte :

- si la prestation totale versée au titre d'un contrat d'assurance collective de la Financière Manuvie est inférieure à 10 000 \$;
- aux personnes mineures, aux tribunaux, aux fiducies, aux successions, aux sociétés par actions, aux sociétés de personnes ou à toute autre entité;
- aux demandeurs qui n'ont pas de numéro d'assurance sociale;
- aux demandeurs qui ne sont pas domiciliés au Canada;
- dans le cas de certains produits d'assurance ou régimes d'assurance collective.

Dans le cas de toute personne qui ne répond pas aux critères d'admissibilité ou qui ne désire pas avoir un compte Accessible, ou dans le cas de toute demande de règlement non admissible, un chèque en règlement de la prestation sera établi à l'ordre du bénéficiaire. Pour obtenir de l'aide, veuillez communiquer avec le bureau des Règlements Vie de l'Assurance collective responsable du traitement de votre demande :

Halifax – 902 453-4300 ou 1 866 447-4517
 Montréal – 514 288-6268 ou 1 866 236-6313

4 Renseignements sur le demandeur

| | | | |
|---|--|---|----------|
| Nom du demandeur (nom de famille et prénom) | | Numéro de téléphone du demandeur () | |
| Adresse postale du demandeur (numéro, rue) | | Ville | Province |
| Date de naissance du demandeur (jj/mmmm/aaaa) | | Numéro d'assurance sociale du demandeur | |

Attestation et autorisation du demandeur pour tous les sinistres-décès

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. **Je certifie** également que je ferai en sorte que tous autres renseignements que je fournirai oralement ou par écrit soient véridiques et complets. **Je reconnais** que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, ma demande de règlement peut être refusée. **Par la présente, je** demande le versement de la prestation de décès, exigible par suite du décès de

(nom de la personne décédée)

Je reconnais que la Financière Manuvie (« Manuvie ») et ses réassureurs effectueront des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et qu'ils pourraient avoir besoin de renseignements sur l'état de santé et l'emploi de la personne décédée, ainsi que de rapports d'enquête de la police, de rapports d'autopsie ou d'enquête de coroner (« renseignements »). **J'autorise** toute personne physique ou morale, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, assureur, coroner et agence d'enquête, ainsi que la police, détenant des renseignements relatifs à la présente demande, à divulguer et à échanger des renseignements demandés par Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services de règlement dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective et de l'étude de ma demande. **J'autorise** Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services de règlement à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux ou avec les personnes physiques ou morales susmentionnées – tous les renseignements nécessaires à l'administration du régime et à l'étude de ma demande. **J'autorise** l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente déclaration est aussi valide que l'original.

J'autorise Manuvie à communiquer à la Banque Manuvie les renseignements me concernant ou concernant ma demande de règlement lorsqu'ils sont nécessaires à l'ouverture d'un compte Accessible, si je réponds aux critères d'admissibilité de ce dernier.

Conditions – compte Accessible de la Banque Manuvie

Si je réponds aux critères d'admissibilité du compte Accessible, **j'autorise** la Banque Manuvie à obtenir, à vérifier, à communiquer et à échanger des renseignements personnels me concernant auprès de toute personne, institution financière, société ou autre partie avec qui j'ai ou je prévois avoir des relations de nature financière ou personnelle, ou qui possède des renseignements au sujet de telles relations, comme les agences d'évaluation du crédit. La Banque Manuvie utilisera mes renseignements personnels pour confirmer mon identité et l'exactitude des renseignements que je fournis. La Banque Manuvie pourra recueillir ces renseignements aux fins de l'administration de mon dossier financier ou à d'autres fins exigées ou autorisées par la loi. **J'autorise** également toute personne avec qui la Banque Manuvie communique à fournir des renseignements visés par la présente autorisation. **J'autorise** la Banque Manuvie à enregistrer mes conversations téléphoniques avec elle aux fins de l'administration de mon compte Accessible et du contrôle de la qualité du service à la clientèle. Si je ne veux pas que mes conversations téléphoniques soient enregistrées, **je conviens** de communiquer avec la Banque Manuvie uniquement par écrit et demande à la Banque Manuvie de communiquer avec moi uniquement par écrit. **Je comprends** que je peux obtenir de l'information sur la politique de la Banque Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.banquemanuvie.ca ou en composant le 1 877 765-2265.

En signant le présent formulaire, **je conviens** de ce qui suit, si je réponds aux critères d'admissibilité du compte Accessible et si je n'ai pas pris d'autres dispositions à l'égard du versement de la prestation de décès :

- Un compte Accessible sera ouvert en mon nom et la prestation de décès y sera déposée.
- La Banque Manuvie me fournira les documents suivants :
 - a) une *Convention Tenue de compte – Compte Accessible* (« convention ») faisant état des conditions de tenue du compte Accessible;
 - b) un dépliant indiquant les frais applicables à mon compte Accessible.
- **J'accepte** d'être lié par la convention et d'assumer les frais indiqués dans le dépliant susmentionné.
- **J'accepte** de fournir mon numéro d'assurance sociale puisqu'il est nécessaire à des fins de déclaration fiscale.
- **Je comprends** que la Banque Manuvie peut modifier ses taux d'intérêt à l'occasion et que je peux consulter les taux d'intérêt en vigueur en visitant le site www.banquemanuvie.ca ou en téléphonant au 1 877 765-2265.

Je comprends que si je n'autorise pas l'utilisation de mes renseignements personnels conformément à la section Conditions – compte Accessible de la Banque Manuvie ci-dessus, je peux cocher la case ci-dessous afin que la prestation me soit versée au moyen d'un chèque.

Je souhaite recevoir la prestation au moyen d'un chèque.

Je comprends que tous renseignements personnels recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès aux renseignements versés à mon dossier : les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; les personnes que j'ai autorisées; et les personnes autorisées par la loi.

Je comprends que je peux obtenir des renseignements sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en lui présentant une demande ou en consultant le site www.manuvie.ca.

Je comprends que j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du demandeur

| | |
|-----------|---------------------|
| Signature | Date (jj/mmmm/aaaa) |
|-----------|---------------------|

Décès d'une personne à charge

Assurance collective

Déclaration de sinistre Vie et Décès accidentel (s'il y a lieu)

En cas de décès du participant au régime, utilisez les pages 3, 4 et 5. Veuillez écrire clairement en lettres moulées.

1 Déclaration de l'administrateur du régime en cas de décès d'une personne à charge – Données sur le participant

| | | | | | | | |
|---|--|---|----------------|--|--|--|--|
| Numéro(s) de contrat | | Numéro de compte/division | | Catégorie | Section locale | Numéro de certificat du participant | |
| Nom du promoteur du régime | | | | Nom de l'employeur (s'il ne s'agit pas du promoteur du régime) | | | |
| Nom du participant (nom de famille et prénom) | | | | | | Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) | |
| Adresse postale du participant (numéro, rue) | | | | Ville | Province | Code postal | |
| Date d'engagement (jj/mmmm/aaaa) | | | Titre de poste | | | | |
| Cochez la (les) case(s) pertinente(s) et indiquez le capital assuré. | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Assur. vie de base _____ \$ | | <input type="radio"/> Assur. décès accidentel de base _____ \$ | | <input type="radio"/> Assur. vie libérée _____ \$ | | | |
| <input type="radio"/> Assur. vie facultative _____ \$ | | <input type="radio"/> Assur. décès accidentel facultative _____ \$ | | | | | |
| Date du dernier jour de travail (jj/mmmm/aaaa) | | Salaire à la date du décès _____ \$ | | <input type="radio"/> Annuel | | <input type="radio"/> Bimensuel | |
| | | | | <input type="radio"/> Hebdomadaire | | <input type="radio"/> Mensuel | |
| | | | | <input type="radio"/> Toutes les deux semaines | | <input type="radio"/> Horaire | |
| N ^{bre} habituel d'heures de travail par semaine | | Date d'effet du salaire (jj/mmmm/aaaa) | | Date du décès de la personne à charge (jj/mmmm/aaaa) | | Date de cessation (s'il y a lieu) (jj/mmmm/aaaa) | |
| Si le décès est survenu après la date du dernier jour de travail effectif, quelle était alors la situation du participant? | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Retraité | | <input type="radio"/> Mis à pied temporairement | | <input type="radio"/> Licencié | | | |
| <input type="radio"/> Invalide | | <input type="radio"/> En congé autorisé | | <input type="radio"/> Avait démissionné | | | |
| Si le participant était invalide, une demande de prestations d'invalidité a-t-elle été présentée au cours de la période d'invalidité? | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Oui | | <input type="radio"/> Non | | | | | |
| Si « oui », veuillez indiquer le numéro de la demande et le nom de l'assureur. | | | | | | | |
| Numéro de la demande | | | | Assureur | | | |
| Nom de la personne à charge décédée (nom de famille et prénom) | | | | | | Lien avec le participant | |
| Le décès était-il accidentel? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | | | | | | |
| Si « oui », veuillez faire remplir la Déclaration du médecin traitant ou du coroner (page 11) et la joindre à la présente déclaration. | | | | | | Date de l'accident (jj/mmmm/aaaa) | |
| L'accident est-il survenu pendant que la personne à charge travaillait? | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Oui | | <input type="radio"/> Non | | | | | |
| Si « oui », veuillez préciser le lieu de l'accident, y compris l'adresse. | | | | | | | |
| Lieu | | | | Adresse | | | |
| Dans le cas de l'assurance vie facultative seulement - Si la demande de règlement concerne le conjoint, le conjoint bénéficiait-il des taux non-fumeurs? | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Oui | | <input type="radio"/> Non | | | | | |
| Si « oui », joindre copie de la déclaration. | | | | | | | |
| Date d'effet la plus récente de l'assurance du participant (jj/mmmm/aaaa) | | Date d'effet initiale de l'assurance de la personne à charge (jj/mmmm/aaaa) | | | Date jusqu'à laquelle les primes ont été payées (jj/mmmm/aaaa) | | |
| Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. Je certifie également que je ferai en sorte que tous autres renseignements que je fournirai oralement ou par écrit soient véridiques et complets. Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le demandeur ou les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée. | | | | | | | |
| Signataire autorisé X | | | | Date (jj/mmmm/aaaa) | | Indicatif régional et numéro de téléphone () | |
| Adresse postale (numéro, rue) | | | | Ville | Province | Code postal | |

Régimes gérés par le promoteur de régime seulement

Si vous tenez à jour les données sur l'admissibilité des participants, veuillez remplir la partie ci-contre et joindre l'**ORIGINAL** de la demande d'adhésion du participant.

Déclaration de l'administrateur du régime

2 Déclaration du participant dans le cas du décès d'une personne à charge

| | | | | |
|--|---|-------|--|-------------|
| Adresse de la personne à charge décédée (numéro, rue) | | Ville | Province | Code postal |
| Date de naissance de la personne décédée (jj/mmmm/aaaa) | État civil de la personne décédée <input type="radio"/> Mariée <input type="radio"/> Célibataire | | Si la personne décédée était un enfant à charge fréquentant un établissement d'enseignement, donnez le nom de l'établissement. | |
| Cause du décès | | | Date du décès (jj/mmmm/aaaa) | |
| Si le décès est survenu à l'hôpital, veuillez donner la date de l'admission. | | | (jj/mmmm/aaaa) | |
| Au moment du décès, la personne à charge avait-elle un emploi? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », indiquez le nombre d'heures travaillées. | | | Nombre d'heures par semaine | |
| Assuriez-vous la subsistance de la personne décédée? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | | | |
| La personne à charge était-elle hospitalisée lorsque la couverture est entrée en vigueur? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », indiquez la date de sortie. | | | (jj/mmmm/aaaa) | |

3 Option de versement (compte Accessible de la Banque Manuvie)

La Financière Manuvie est heureuse d'offrir une option de versement de la prestation de décès unique en son genre. Les bénéficiaires répondant aux critères d'admissibilité peuvent demander le dépôt de la prestation dans un compte-chèques à taux d'intérêt élevé, le compte Accessible. Il s'agit d'un produit offert par une filiale de la Financière Manuvie, la Banque Manuvie du Canada (« Banque Manuvie »). Comme vous ne payez ni frais mensuels de tenue de compte ni frais pour tirer des chèques, vous avez accès facilement aux sommes qui y sont déposées.

Admissibilité
 Cette option de versement n'est pas offerte :

- si la prestation totale versée au titre d'un contrat d'assurance collective de la Financière Manuvie est inférieure à 10 000 \$;
- aux personnes mineures, aux tribunaux, aux fiducies, aux successions, aux sociétés par actions, aux sociétés de personnes ou à toute autre entité;
- aux demandeurs qui n'ont pas de numéro d'assurance sociale;
- aux demandeurs qui ne sont pas domiciliés au Canada;
- dans le cas de certains produits d'assurance ou régimes d'assurance collective.

Dans le cas de toute personne qui ne répond pas aux critères d'admissibilité ou qui ne désire pas avoir un compte Accessible, ou dans le cas de toute demande de règlement non admissible, un chèque en règlement de la prestation sera établi à l'ordre du bénéficiaire. Pour obtenir de l'aide, veuillez communiquer avec le bureau des Règlements Vie de l'Assurance collective responsable du traitement de votre demande :

Halifax – 902 453-4300 ou 1 866 447-4517
 Montréal – 514 288-6268 ou 1 866 236-6313

4 Renseignements sur le demandeur

| | | | |
|---|--|---|----------|
| Nom du demandeur (nom de famille et prénom) | | Numéro de téléphone du demandeur () | |
| Adresse postale du demandeur (numéro, rue) | | Ville | Province |
| Date de naissance du demandeur (jj/mmmm/aaaa) | | Numéro d'assurance sociale du demandeur | |

Attestation et autorisation du demandeur pour tous les sinistres-décès

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. **Je certifie** également que je ferai en sorte que tous autres renseignements que je fournirai oralement ou par écrit soient véridiques et complets. **Je reconnais** que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, ma demande de règlement peut être refusée. **Par la présente, je** demande le versement de la prestation de décès, exigible par suite du décès de

(nom de la personne décédée)

Je reconnais que la Financière Manuvie (« Manuvie ») et ses réassureurs effectueront des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et qu'ils pourraient avoir besoin de renseignements sur l'état de santé et l'emploi de la personne décédée, ainsi que de rapports d'enquête de la police, de rapports d'autopsie ou d'enquête de coroner (« renseignements »). **J'autorise** toute personne physique ou morale, notamment tout employeur, administrateur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé ou autre établissement lié d'une manière ou d'une autre aux soins de santé, assureur, coroner et agence d'enquête, ainsi que la police, détenant des renseignements relatifs à la présente demande, à divulguer et à échanger des renseignements demandés par Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services de règlement dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective et de l'étude de ma demande. **J'autorise** Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services de règlement à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux ou avec les personnes physiques ou morales susmentionnées – tous les renseignements nécessaires à l'administration du régime et à l'étude de ma demande. **J'autorise** l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente déclaration est aussi valide que l'original.

J'autorise Manuvie à communiquer à la Banque Manuvie les renseignements me concernant ou concernant ma demande de règlement lorsqu'ils sont nécessaires à l'ouverture d'un compte Accessible, si je réponds aux critères d'admissibilité de ce dernier.

Conditions – compte Accessible de la Banque Manuvie

Si je réponds aux critères d'admissibilité du compte Accessible, **j'autorise** la Banque Manuvie à obtenir, à vérifier, à communiquer et à échanger des renseignements personnels me concernant auprès de toute personne, institution financière, société ou autre partie avec qui j'ai ou je prévois avoir des relations de nature financière ou personnelle, ou qui possède des renseignements au sujet de telles relations, comme les agences d'évaluation du crédit. La Banque Manuvie utilisera mes renseignements personnels pour confirmer mon identité et l'exactitude des renseignements que je fournis. La Banque Manuvie pourra recueillir ces renseignements aux fins de l'administration de mon dossier financier ou à d'autres fins exigées ou autorisées par la loi. **J'autorise** également toute personne avec qui la Banque Manuvie communique à fournir des renseignements visés par la présente autorisation. **J'autorise** la Banque Manuvie à enregistrer mes conversations téléphoniques avec elle aux fins de l'administration de mon compte Accessible et du contrôle de la qualité du service à la clientèle. Si je ne veux pas que mes conversations téléphoniques soient enregistrées, **je conviens** de communiquer avec la Banque Manuvie uniquement par écrit et demande à la Banque Manuvie de communiquer avec moi uniquement par écrit. **Je comprends** que je peux obtenir de l'information sur la politique de la Banque Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.banquemanuvie.ca ou en composant le 1 877 765-2265.

En signant le présent formulaire, **je conviens** de ce qui suit, si je réponds aux critères d'admissibilité du compte Accessible et si je n'ai pas pris d'autres dispositions à l'égard du versement de la prestation de décès :

- Un compte Accessible sera ouvert en mon nom et la prestation de décès y sera déposée.
- La Banque Manuvie me fournira les documents suivants :
 - a) une *Convention Tenue de compte – Compte Accessible* (« convention ») faisant état des conditions de tenue du compte Accessible;
 - b) un dépliant indiquant les frais applicables à mon compte Accessible.
- **J'accepte** d'être lié par la convention et d'assumer les frais indiqués dans le dépliant susmentionné.
- **J'accepte** de fournir mon numéro d'assurance sociale puisqu'il est nécessaire à des fins de déclaration fiscale.
- **Je comprends** que la Banque Manuvie peut modifier ses taux d'intérêt à l'occasion et que je peux consulter les taux d'intérêt en vigueur en visitant le site www.banquemanuvie.ca ou en téléphonant au 1 877 765-2265.

Je comprends que si je n'autorise pas l'utilisation de mes renseignements personnels conformément à la section Conditions – compte Accessible de la Banque Manuvie ci-dessus, je peux cocher la case ci-dessous afin que la prestation me soit versée au moyen d'un chèque.

Je souhaite recevoir la prestation au moyen d'un chèque.

Je comprends que tous renseignements personnels recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès aux renseignements versés à mon dossier : les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; les personnes que j'ai autorisées; et les personnes autorisées par la loi.

Je comprends que je peux obtenir des renseignements sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en lui présentant une demande ou en consultant le site www.manuvie.ca.

Je comprends que j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du demandeur

| | |
|-----------|---------------------|
| Signature | Date (jj/mmmm/aaaa) |
|-----------|---------------------|

Déclaration du médecin traitant Assurance collective

Tous frais demandés pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur. Veuillez écrire clairement en lettres moulées.

Les formulaires dûment remplis doivent être retournés à :

| | | | |
|--|---------------------------|----------------|-------------------------------------|
| Numéro(s) de contrat | Numéro de compte/division | Section locale | Numéro de certificat du participant |
| Nom de l'administrateur du régime (nom de famille et prénom) | | | |
| Adresse postale de l'administrateur du régime (numéro, rue) | Ville | Province | Code postal |

L'attestation médicale est conforme aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé. Le Canada et les États-Unis ont adopté ce modèle d'attestation. Aux fins d'exactitude des statistiques démographiques, veuillez vous conformer à la Liste internationale des causes de décès. Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à l'administrateur du régime, à l'adresse indiquée ci-dessus.

Déclaration du médecin

| | | | |
|--|---------------|------------------------------|--------------|
| Nom de la personne décédée (nom de famille et prénom) | Lieu du décès | Date du décès (jj/mmmm/aaaa) | |
| Nom de l'hôpital ou de l'établissement où le décès est survenu, le cas échéant | | | Âge au décès |
| Adresse du domicile au moment du décès (numéro, rue) | Ville | Province | Code postal |

Cause du décès

Indiquez une seule cause pour chacun des alinéas a, b et c

| | |
|---|---|
| Maladie ou affection ayant entraîné directement le décès : (Il ne s'agit pas ici des circonstances du décès, par exemple défaillance cardiaque, asthénie, etc., mais plutôt de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.) | Intervalle entre le début de l'affection et le décès |
| a) | a) |
| Causes antécédentes : (états morbides, le cas échéant, ayant conduit à l'état a) précité, la cause profonde ou fondamentale étant indiquée en dernier lieu) | Intervalle entre le début de l'affection et le décès |
| Attribuable à b) | b) |
| Attribuable à c) | c) |

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle déjà fumé? Oui Non Ne sais pas Si « oui », pendant combien d'années?

Date de la première visite pendant la dernière maladie (jj/mmmm/aaaa) Date de la dernière visite pendant la dernière maladie (jj/mmmm/aaaa)

Précisez si le décès est le fait d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide et décrivez brièvement.

Y a-t-il eu une enquête? Oui Non **Y a-t-il eu une autopsie?** Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, indiquez l'auteur et ses conclusions.

Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des cinq années qui ont précédé sa dernière maladie? Oui Non

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été traitée par un autre médecin ou dans un hôpital ou établissement au cours des cinq dernières années? Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à une des questions ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants :

| Nom | Adresse | Nature de l'affection ou de la blessure | Dates approximatives |
|-----|---------|---|----------------------|
| | | | (jj/mmmm/aaaa) |
| | | | (jj/mmmm/aaaa) |

Veuillez remplir la page 10 du présent formulaire.

Renseignements personnels sur le médecin traitant

Signature du médecin traitant

| | | | | |
|---|--|------------|---------------------|-------------|
| Nom du médecin traitant | | Spécialité | | |
| Adresse (numéro, rue) | | Ville | Province | Code postal |
| Indicatif régional et numéro de téléphone () | Indicatif régional et numéro de télécopieur () | | | |
| <p><u>Je certifie</u> que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. <u>Je certifie</u> également que je ferai en sorte que tous autres renseignements que je fournirai oralement ou par écrit soient véridiques et complets. Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le demandeur ou les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, <u>je consens</u> à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.</p> | | | | |
| Signature | | | Date (jj/mmmm/aaaa) | |

Déclaration du médecin traitant ou du coroner – Décès accidentel

Assurance collective

Tous frais demandés pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur. Veuillez écrire clairement en lettres moulées.

Les formulaires dûment remplis doivent être retournés à :

| | | | |
|--|---------------------------|----------------|-------------------------------------|
| Numéro(s) de contrat | Numéro de compte/division | Section locale | Numéro de certificat du participant |
| Nom de l'administrateur du régime (nom de famille et prénom) | | | |
| Adresse postale de l'administrateur du régime (numéro, rue) | Ville | Province | Code postal |

Déclaration du médecin traitant ou du coroner en cas de décès accidentel

| | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| Nom de la personne décédée (nom de famille et prénom) | Date de la blessure (jj/mmmm/aaaa) | Date du décès (jj/mmmm/aaaa) |
|---|------------------------------------|------------------------------|

Nature et étendue exactes de la blessure

| |
|--|
| |
| |

Cause principale ou immédiate du décès

| |
|--|
| |
| |

La personne décédée a-t-elle déjà été traitée pour une affection analogue?

Oui Non Si « oui », veuillez indiquer le nom du médecin et de l'établissement.

| |
|--|
| |
| |

Y a-t-il eu des causes accessoires ou éloignées liées au décès?

Oui Non Si « oui », quelles sont les causes?

| |
|--|
| |
| |

La blessure, en elle-même et indépendamment de toute autre cause, a-t-elle suffi à causer le décès?

Oui Non Si « non », veuillez expliquer en détail.

| |
|--|
| |
| |

La personne décédée était-elle, au moment de l'accident, en état d'ébriété ou sous l'effet de narcotiques?

Oui Non Si « oui », indiquez le taux d'alcool dans le sang et le genre de drogue.

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Taux d'alcool dans le sang | Genre de drogue |
| | |

Y a-t-il eu autopsie? Oui Non

Veuillez remplir la page 12 du présent formulaire.

**Renseignements personnels
sur le médecin traitant ou le
coroner**

**Signature du médecin
traitant ou du coroner**

| | | | |
|---|---|---------------------|----------|
| Nom du médecin traitant ou du coroner | | Spécialité | |
| Adresse (numéro, rue) | | Ville | Province |
| Code postal | | | |
| Indicatif régional et numéro de téléphone () | Indicatif régional et numéro de télécopieur () | | |
| <p><u>Je certifie</u> que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. <u>Je certifie</u> également que je ferai en sorte que tous autres renseignements que je fournirai oralement ou par écrit soient véridiques et complets. Les renseignements figurant dans la présente déclaration seront versés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité auquel pourraient avoir accès le demandeur ou les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, <u>je consens</u> à ce que l'information figurant dans la présente soit divulguée.</p> | | | |
| Signature | | Date (jj/mmmm/aaaa) | |