

## Demande de rente de survie

Nota: Veuillez joindre au présent formulaire copie des documents suivants:

- certificat de naissance du participant, de son conjoint et des enfants admissibles
- certificat de mariage ou déclaration de cohabitation faite sous serment
- attestation de fréquentation, si le contrat stipule que les enfants doivent fréquenter un établissement d'enseignement.

SECT	TION 1 - DÉC	LARATION	N DE L'AD	MINISTRATEU	R DU F	RÉGIME						
			DIVISION I	N° COMPTE N° SEC		ION LOCALE	CE	RTIFICA	T N°	NOM DU PROMOTEUR DU RÊGIME		
<b>G</b> IMPORTANT:		CES	RENS	EGNEN	MENTS		SO	NT	INDISPENSABLES			
1. ADRES	SSE DU PROMOTE	UR DU RÉGIME	N° Rue Ap	pp. VILLE		PROVINCE			CODE PO	STAL	N° DE TÉLÉPHONE	
										_		
2. NOM DU PARTICIPANT AU RÉGIME (nom, prénom)												
3. ADRES	SSE DU PARTICIPA	ANT AU RÉGIME	N° Rue Ap	op. VILLE		PROVINCE					CODE POSTAL	
		-							,			
4. DATE DE NAISSANCE  JOUR MOIS ANNÉE			_	S. DATE D'ENGAGEMENT JOUR MOIS ANNÉE			6. DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL EFFECTIF  JOUR MOIS ANNÉE				SSATION (s'il y a lieu)	
JOOK	IVIOIS	AININEE	I I	I I I I I	.E   `	III	MOIS I I	Air	I I			
8. SALAII	RE ACTUEL (exclus	ant commissions,	gratifications e	t heures supplémentaire	es)			1 1	<u> </u>	NOMBRE D'HEURES	DE TRAVAIL PAR SEMAINE	
		\$	HOR	AIRE	NON	N HORAIRE						
SI LES C	OMMISSIONS, LES	GRATIFICATIO	NS ET LES HE	URES SUPPLÉMENTA	VIRES SON	IT INCLUSES D	ANS LE SALAI	RE ASSUR	RÉ, VEUILLE	Z PRÉCISER	1	
GAINS DEPUIS LE DÉBUT DE L'ANNÉE →				GAINS DES TROIS DER ANNÉES CIVILES	:NIÈRES →	\$ (jj/mmmm/aaaa)				\$(jj/mmmm/aaaa)	\$ (jj/mmmm/aaaa)	
9. LE PA	RTICIPANT AU RÊC	GIME ÉTAIT UN :	SALARIÊ					10. PRO	FESSION			
	PERMANENT FEMPORAIRE	À TEMPS PL		RETRAITÊ DEPUIS LE	i	(jj/mmmm/aa	naa)					
	DU DÊCÈS		13. CAUS	SE DU DÉCÈS								
JOUR	MOIS	ANNÉE	.									
14. DATE	D'EFFET DE L'AS	SURANCE	15. MON	TANT DE LA PRESTAT	TION MEN	SUELLE DAT	E DE LA DERN	IIÈRE MOD	IFICATION	16. PRESTATION	MENSUELLE	
JOUR						\$ JOL			ANNÉE	AUGMENT	_	
						<sup>Ф</sup>	<u> </u>					
_ ATTR	ESTATION F	T AUTORIS	SATION DE	E L'ADMINISTE	RATFU	R DU RÉG	IMF POU	R_TOUS	STES SI	INISTRES-DÉC	ÈS	
MALAD	IE et INVALIDI tez à ce que l'in	TÉ auxquels	pourraient a	avoir accès les tie	ers autor	risés ou ceu	x qui ont lé	galement	t accès à	ces dossiers. En	rance collective VIE, signant la déclaration, vous opte lors de l'étude de toute	
SIGNATU	JRE DE L'ADMINIS'	TRATEUR DU RÉ	ĖGIME						DATE			

SECTION 2 - DÉCLARATION DU DEMANDEUR											
PARTIE A - DÉCLARATION DU CONJOINT SURVIVANT  1. NOM DU CONJOINT SURVIVANT (nom, prénom)											
1. NOM DU CONJOINT SURVIVANT (nom, prénom)											
2. ADRESSE DU CONJOINT SURVIVANT	N° Rue App.	VILLE	PROVINC	E.	CODE POSTAL		N° DE TÉLÉPHONE				
☐ MÊME QUE CELLE DU					-	-					
3. DATE DE NAISSANCE 4. N	° D'ASSURANCE SOCIALE		5. AU MOMEN	NT DU DÉC	ÈS, ÉTIEZ-VOUS S	SÉPARÉ DU PART	ICIPANT?				
JOUR MOIS ANNÉE		1-1 1 1	1	_	oui	NON					
SI VOUS AVEZ RÉPONDU «OUI» À LA QUESTI	ON 5 EXPLIQUEZ LES CIRCONS	STANCES DE LA S	ÉPARATION			•					
	5.11 G, 12.11 1.14 5.11 1.10 5.11 6	517.11.02.0 BZ Z.1.0									
Je certifie par la présente que toutes	s les déclarations fournies	sont à ma cor	nnaissance véridi	iaues et	evactes						
				iques et	exactes.		(nom du défunt).				
Je, soussigné(e), présente une demande au titre de la garantie Rente de survie de feu (nom du défunt).  Je reconnais que la Financière Manuvie peut juger nécessaire de procéder à des investigations pour vérifier la présente demande. J'autorise toute											
personne physique ou morale – ex. : médecin, praticien, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement de soins de santé ou connexes –											
qui a soigné ou qui a hébergé le pat						des renseigne	ements médicaux ou tout				
	autre dossier demandé par la Financière Manuvie pour établir ou vérifier la validité de cette demande.  Je reconnais que les renseignements seront conservés dans des dossiers d'assurance collective VIE, MALADIE ET INVALIDITÉ de la Financière Manuvie.										
Je reconnais que les personnes pré											
nécessaire, y modifier les renseigne				,			,				
Je reconnais que dans l'accomplisse				de Manı	ıvie, les person	nes autorisée	s et celles qui ont				
légalement accès à ces dossiers au	•										
J'autorise l'utilisation de mon numér Je reconnais qu'une photocopie de d				'identific	ation ou d'adm	iinistration de	l'assurance collective.				
	Sette deciaration est aussi	i vallue que i ol	nginai.		T						
SIGNATURE DU CONJOINT					DATE						
PARTIE B - DÉCLARATION DU	DEMANDEUR POUR	LES ENFAN	NTS ADMISSIB	BLES							
À remplir par le conjoint survivan	t ou, à défaut, par le tute	eur ou tout au	tre demandeur a	agissar	t au nom des	enfants.					
							= = = = = = = = = = = = = = = = =				
NOM DES ENFANTS	ADRESSE		DATE DE		ÉTUDIANT	SI OUI, VEI	JILLEZ DONNER LE NOM ET				
NOM DES ENFANTS	ADRESSE		NAISSANCE	OUI			SE DE L'ÉTABLISSEMENT				
NOM DES ENFANTS	ADRESSE										
NOM DES ENFANTS	ADRESSE										
NOM DES ENFANTS	ADRESSE										
NOM DES ENFANTS	ADRESSE										
NOM DES ENFANTS  LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AL		orécisez votre lien a	NAISSANCE	OUI	NON						
		orécisez votre lien a	NAISSANCE	OUI	NON NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AC	MISSIBLES <i>(Si tuteur ou autre, pi</i> MÈRE	TUTEUR	NAISSANCE	OUI	NON NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE	MISSIBLES <i>(Si tuteur ou autre, pi</i> MÈRE	TUTEUR	NAISSANCE	OUI	NON NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE	MISSIBLES <i>(Si tuteur ou autre, pi</i> MÈRE	TUTEUR	NAISSANCE	OUI	NON NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE	MISSIBLES <i>(Si tuteur ou autre, pi</i> MÈRE	TUTEUR	NAISSANCE	OUI	NON NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE	OMISSIBLES <i>(Si tuteur ou autre, pi</i> MÈRE E AGIT PAS DU CONJOINT SURVIV	TUTEUR VANT	NAISSANCE  vec les enfants et joinc	OUI	NON NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE PÈRE NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S' ATTESTATION ET AUTORISAT	OMISSIBLES (Si tuteur ou autre, pi MÈRE E AGIT PAS DU CONJOINT SURVIV	TUTEUR VANT  R POUR TOL	NAISSANCE  vec les enfants et joine  USANTE SINIST	OUI	NON NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne	OMISSIBLES (Si tuteur ou autre, pr MÈRE E AGIT PAS DU CONJOINT SURVIV	TUTEUR  VANT  R POUR TOU  unts non mariés	NAISSANCE  vec les enfants et joinc  US LES SINIST s du participant.	OUI  dre une pri  AU  TRES-D	NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE PÈRE NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S' ATTESTATION ET AUTORISAT	OMISSIBLES (Si tuteur ou autre, pi MÈRE E AGIT PAS DU CONJOINT SURVIV FION DU DEMANDEUR és ci-dessus sont les enfai s les déclarations fournies	TUTEUR  VANT  R POUR TOU  ants non mariés s sont à ma cor	NAISSANCE  vec les enfants et joine  US LES SINIST s du participant. nnaissance vérid	OUI  dre une pri  AU  TRES-D	NON						
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AL  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, pi MÈRE [AGIT PAS DU CONJOINT SURVIV FION DU DEMANDEUR és ci-dessus sont les enfai s les déclarations fournies ande au titre de la garantiquive peut juger nécessaire	TUTEUR  R POUR TOU  ants non mariée s sont à ma cor ie Rente de su e de procéder a	NAISSANCE  vec les enfants et joinc  JS LES SINIST s du participant. nnaissance véridi rvie de feu à des investigatic	AUT	NON  NON  Pauve juridique)  FRE  DÉCÈS  exactes.	L'ADRES	(nom du défunt).				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AL  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, pi MÈRE [AGIT PAS DU CONJOINT SURVIV FION DU DEMANDEUR és ci-dessus sont les enfai s les déclarations fournies ande au titre de la garantie uvie peut juger nécessaire : médecin, praticien, profe	TUTEUR  VANT  R POUR TOU  Ints non mariés s sont à ma cor ie Rente de su e de procéder a essionnel de la	NAISSANCE  vec les enfants et joinc  JS LES SINIST s du participant. nnaissance véridi rvie de feu à des investigatic santé, hôpital, ci	AUT AUT Indicate of the control of t	NON  NON  Pauve juridique)  FRE  DÉCÈS  exactes.  r vérifier la présou autre établis	L'ADRES	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.  – qui a soigné ou qui a hébergé le p	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, pindère   AGIT PAS DU CONJOINT SURVINGE   ÉS CI-dessus sont les enfaits les déclarations fournies ande au titre de la garantie   uvie peut juger nécessaire   médecin, praticien, profe  atient au cours des cinq au	TUTEUR  VANT  R POUR TOU  Ints non mariée  Is sont à ma cor  ie Rente de su  Ie de procéder a  essionnel de la  innées précéda	NAISSANCE  vec les enfants et joince  JS LES SINIST  s du participant. nnaissance véridi rvie de feu à des investigatic santé, hôpital, ci ant son décès, à	AUT  AUT  AUT  AUT  AUT  AUT  AUT  AUT	NON  NON  Pauve juridique)  FRE  DÉCÈS  exactes.  r vérifier la présou autre établiser et à échange	L'ADRES	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.  – qui a soigné ou qui a hébergé le p autre dossier demandé par la Financier	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, pindère  MÈRE   AGIT PAS DU CONJOINT SURVIVA  FION DU DEMANDEUR  és ci-dessus sont les enfaits les déclarations fournies ande au titre de la garantie uvie peut juger nécessaire et médecin, praticien, profesatient au cours des cinq au cière Manuvie pour établir	TUTEUR  VANT  R POUR TOU  Ints non mariée is sont à ma cor ie Rente de su e de procéder à essionnel de la innées précéda ou vérifier la v	NAISSANCE  vec les enfants et joince  JS LES SINIST  s du participant. nnaissance véridi rvie de feu à des investigatic santé, hôpital, ci ant son décès, à validité de cette de	AUT  AUT  AUT  AUT  AUT  AUT  AUT  AUT	NON  NON  NON  Pauve juridique)  FRE  DÉCÈS  exactes.  r vérifier la présou autre établiser et à échange e.	L'ADRES  Dente demande sement de so er des renseig	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes nements médicaux ou tout				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.  – qui a soigné ou qui a hébergé le p	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, pindèRE  AGIT PAS DU CONJOINT SURVIV  FION DU DEMANDEUR  és ci-dessus sont les enfants as les déclarations fournies ande au titre de la garantic uvie peut juger nécessaire atient au cours des cinq an cière Manuvie pour établir ats seront conservés dans de	TUTEUR  VANT  R POUR TOU  ants non mariée a sont à ma cor ie Rente de su de de procéder a cessionnel de la années précéda ou vérifier la v des dossiers d	Vec les enfants et joince  US LES SINIST s du participant. nnaissance véridirvie de feu à des investigatic santé, hôpital, ci ant son décès, à validité de cette de d'assurance collecte.	dre une productive VII	NON  NON  Pauve juridique)  FRE  DÉCÈS  exactes.  r vérifier la prés pu autre établis er et à échange e. E, MALADIE E	L'ADRES  Dente demande  sement de so  er des renseig	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes nements médicaux ou tout E de la Financière Manuvie.				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.  – qui a soigné ou qui a hébergé le p autre dossier demandé par la Financi Je reconnais que les renseignement	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, pine MÈRE  AGIT PAS DU CONJOINT SURVIVA  FION DU DEMANDEUR  és ci-dessus sont les enfants as les déclarations fournies ande au titre de la garantin uvie peut juger nécessaire autient au cours des cinq an cière Manuvie pour établir ats seront conservés dans desentant des preuves d'ider	TUTEUR  VANT  R POUR TOU  ants non mariée a sont à ma cor ie Rente de su de de procéder a cessionnel de la années précéda ou vérifier la v des dossiers d	Vec les enfants et joince  US LES SINIST s du participant. nnaissance véridirvie de feu à des investigatic santé, hôpital, ci ant son décès, à validité de cette de d'assurance collecte.	dre une productive VII	NON  NON  Pauve juridique)  FRE  DÉCÈS  exactes.  r vérifier la prés pu autre établis er et à échange e. E, MALADIE E	L'ADRES  Dente demande  sement de so  er des renseig	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes nements médicaux ou tout E de la Financière Manuvie.				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.  – qui a soigné ou qui a hébergé le p autre dossier demandé par la Financ Je reconnais que les renseignement Je reconnais que les personnes pré nécessaire, y modifier les renseigne Je reconnais que dans l'accomplisse	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, pindère Mère CAGIT PAS DU CONJOINT SURVIVATION DU DEMANDEUR és ci-dessus sont les enfaits les déclarations fournies ande au titre de la garantiquivie peut juger nécessaire médecin, praticien, profe atient au cours des cinq au cière Manuvie pour établir its seront conservés dans consentant des preuves d'identements personnels.	TUTEUR  R POUR TOU  ants non mariés sont à ma cor ie Rente de su de de procéder a sessionnel de la années précéda r ou vérifier la v des dossiers d ntité et de droi	NAISSANCE  vec les enfants et joine  US LES SINIST s du participant. nnaissance véridi rvie de feu à des investigatic santé, hôpital, ci ant son décès, à validité de cette d d'assurance collee it d'accès satisfai s représentants d	dre une productive VII santes	NON  Pauve juridique)  FRE  PÉCÈS  exactes.  r vérifier la prés pu autre établis er et à échange e. E, MALADIE E' pourront deman	L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes nements médicaux ou tout de de la Financière Manuvie. ces dossiers et, si				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.  – qui a soigné ou qui a hébergé le p autre dossier demandé par la Financi Je reconnais que les renseignement Je reconnais que les personnes pré nécessaire, y modifier les renseigne Je reconnais que dans l'accomplisse légalement accès à ces dossiers au	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, pine MÈRE  AGIT PAS DU CONJOINT SURVIVA  FION DU DEMANDEUR  és ci-dessus sont les enfaits les déclarations fournies ande au titre de la garantituvie peut juger nécessaire et médecin, praticien, profe atient au cours des cinq au cière Manuvie pour établir its seront conservés dans consentant des preuves d'ider ments personnels.  ement de leur tâche, les el ront accès aux renseigner	TUTEUR  R POUR TOU  ants non mariés a sont à ma cor ie Rente de su de de procéder à assionnel de la années précéda r ou vérifier la v des dossiers d ntité et de droi  amployés ou le	Vec les enfants et joine  US LES SINIST  s du participant.  nnaissance véridi  rvie de feu  à des investigatic  santé, hôpital, ci ant son décès, à validité de cette de  t'assurance collect  t d'accès satisfai  s représentants d  aux dossiers.	dre une productive VII santes de Manu	NON  Pauve juridique)  FRE  PÉCÈS  exactes.  r vérifier la prés pu autre établis er et à échange e. E, MALADIE E pourront deman	L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes nements médicaux ou tout de de la Financière Manuvie. ces dossiers et, si				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.  – qui a soigné ou qui a hébergé le p autre dossier demandé par la Financi Je reconnais que les renseignement Je reconnais que les personnes pré nécessaire, y modifier les renseigne Je reconnais que dans l'accomplisse légalement accès à ces dossiers au J'autorise l'utilisation de mon numér	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, principal de leur tâche, les el ront accès aux renseigner ou d'assurance sociale à de de la dature de la des controles de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de la del mètre de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de	TUTEUR  R POUR TOU  ants non mariés a sont à ma cor de Rente de su de de procéder a essionnel de la années précéda r ou vérifier la v des dossiers d ntité et de droi  amployés ou le ments versés a es fins de décl	Vec les enfants et joince  JS LES SINIST  s du participant.  nnaissance véridi rvie de feu  à des investigatic santé, hôpital, ci ant son décès, à validité de cette de l'assurance collect it d'accès satisfai s représentants de aux dossiers. aration fiscale, d	dre une productive VII santes de Manu	NON  Pauve juridique)  FRE  PÉCÈS  exactes.  r vérifier la prés pu autre établis er et à échange e. E, MALADIE E pourront deman	L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes nements médicaux ou tout de de la Financière Manuvie. ces dossiers et, si				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man- personne physique ou morale – ex.  qui a soigné ou qui a hébergé le p autre dossier demandé par la Financ- Je reconnais que les renseignement Je reconnais que les personnes pré nécessaire, y modifier les renseigne Je reconnais que dans l'accomplisse légalement accès à ces dossiers au J'autorise l'utilisation de mon numér Je reconnais qu'une photocopie de de	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, principal de leur tâche, les el ront accès aux renseigner ou d'assurance sociale à de de la dature de la des controles de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de la del mètre de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de	TUTEUR  R POUR TOU  Ints non mariés s sont à ma cor ie Rente de su e de procéder a essionnel de la innées précéda ou vérifier la v des dossiers d ntité et de droi employés ou le ments versés a es fins de décl i valide que l'oi	Vec les enfants et joince  JS LES SINIST  s du participant.  nnaissance véridi rvie de feu  à des investigatic santé, hôpital, ci ant son décès, à validité de cette de l'assurance collect it d'accès satisfai s représentants de aux dossiers. aration fiscale, d	dre une productive VII santes de Manu	NON  Pauve juridique)  FRE  DÉCÈS  exactes.  Evérifier la présou autre établiser et à échange e.  E, MALADIE Ecourront demanuraite, les personation ou d'admitation ou d'admit	L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes nements médicaux ou tout de de la Financière Manuvie. ces dossiers et, si es et celles qui ont l'assurance collective.				
LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS AE  PÈRE  NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'  ATTESTATION ET AUTORISAT  Je certifie que les enfants mentionne Je certifie par la présente que toutes Je, soussigné(e), présente une dem Je reconnais que la Financière Man personne physique ou morale – ex.  – qui a soigné ou qui a hébergé le p autre dossier demandé par la Financi Je reconnais que les renseignement Je reconnais que les personnes pré nécessaire, y modifier les renseigne Je reconnais que dans l'accomplisse légalement accès à ces dossiers au J'autorise l'utilisation de mon numér	MISSIBLES (Si tuteur ou autre, principal de leur tâche, les el ront accès aux renseigner ou d'assurance sociale à de de la dature de la des controles de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de la del mètre de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de leur tâche, les el ront accès aux renseigner o d'assurance sociale à de	TUTEUR  R POUR TOU  ants non mariés a sont à ma cor de Rente de su de de procéder a essionnel de la années précéda r ou vérifier la v des dossiers d ntité et de droi  amployés ou le ments versés a es fins de décl	Vec les enfants et joince  JS LES SINIST  s du participant.  nnaissance véridi rvie de feu  à des investigatic santé, hôpital, ci ant son décès, à validité de cette de l'assurance collect it d'accès satisfai s représentants de aux dossiers. aration fiscale, d	dre une productive VII santes de Manu	NON  Pauve juridique)  FRE  PÉCÈS  exactes.  r vérifier la prés pu autre établis er et à échange e. E, MALADIE E pourront deman	L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES  L'ADRES	(nom du défunt). e. J'autorise toute ins de santé ou connexes nements médicaux ou tout de de la Financière Manuvie. ces dossiers et, si es et celles qui ont l'assurance collective.				