Financière Manuvie

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.

SECTION 1 - DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

CONTRAT N°	DIVISION N°	COMPTE N°	SECTION LOCALE	CERTIFICAT N°	NOM DU PROMOTEUR DU RÊGIME
G IMPORTANT :	CES	RENSE	GNEMENTS	SONT	INDISPENSABLES

1. ADRESSE DU PROMOTEUR DU RÉGIME	N° Rue App.	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE

2. NOM DU PARTICIPANT AU RÉGIME (nom, prénom)

3. ADRESSE DU PARTICIPANT AU RÉGIME	N° Rue App.	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

4. DATE DE NAISSANCE	5. DATE D'ENGAGEMENT	6. DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL EFFECTIF	7. RAISON DE LA CESSATION (s'il y a lieu)
JOUR / MOIS / ANNÉE	JOUR / MOIS / ANNÉE	JOUR / MOIS / ANNÉE	

8. SALAIRE ACTUEL (excluant commissions, gratifications et heures supplémentaires)
$ ☐ HORAIRE ☐ NON HORAIRE

NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE

SI LES COMMISSIONS, LES GRATIFICATIONS ET LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES SONT INCLUSES DANS LE SALAIRE ASSURÉ, VEUILLEZ PRÉCISER

GAINS DEPUIS LE DÉBUT DE L'ANNÉE →	$	GAINS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES CIVILES →	$ (jj/mmmm/aaaa)	$ (jj/mmmm/aaaa)	$ (jj/mmmm/aaaa)

9. LE PARTICIPANT AU RÊGIME ÉTAIT UN SALARIÊ
☐ PERMANENT ☐ À TEMPS PLEIN ☐ RETRAITÊ DEPUIS LE (jj/mmmm/aaaa)
☐ TEMPORAIRE ☐ À TEMPS PARTIEL

10. PROFESSION

11. DATE DU DÊCÈS	13. CAUSE DU DÉCÈS
JOUR / MOIS / ANNÉE	

14. DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE	15. MONTANT DE LA PRESTATION MENSUELLE	DATE DE LA DERNIÈRE MODIFICATION	16. PRESTATION MENSUELLE
JOUR / MOIS / ANNÉE	$	JOUR / MOIS / ANNÉE	☐ AUGMENTATION ☐ DIMINUTION

ATTESTATION ET AUTORISATION DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME POUR TOUS LES SINISTRES-DÉCÈS

NOTA : Les renseignements figurant dans la présente déclaration de l'administrateur du régime seront versés aux dossiers d'assurance collective VIE, MALADIE et INVALIDITÉ auxquels pourraient avoir accès les tiers autorisés ou ceux qui ont légalement accès à ces dossiers. En signant la déclaration, vous consentez à ce que l'information y figurant soit divulguée. Une déclaration non signée n'est pas valide et ne peut être prise en compte lors de l'étude de toute demande.

SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME	DATE

SECTION 2 - DÉCLARATION DU DEMANDEUR

PARTIE A - DÉCLARATION DU CONJOINT SURVIVANT

1. NOM DU CONJOINT SURVIVANT (nom, prénom)

2. ADRESSE DU CONJOINT SURVIVANT — N° Rue App. — VILLE — PROVINCE — CODE POSTAL — N° DE TÉLÉPHONE

☐ MÊME QUE CELLE DU PARTICIPANT

3. DATE DE NAISSANCE — JOUR — MOIS — ANNÉE

4. N° D'ASSURANCE SOCIALE

5. AU MOMENT DU DÉCÈS, ÉTIEZ-VOUS SÉPARÉ DU PARTICIPANT? ☐ OUI ☐ NON

SI VOUS AVEZ RÉPONDU «OUI» À LA QUESTION 5, EXPLIQUEZ LES CIRCONSTANCES DE LA SÉPARATION.

Je certifie par la présente que toutes les déclarations fournies sont à ma connaissance véridiques et exactes.
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 patient au cours des cinq années précédant son décès, à divulguer et à échanger des renseignements 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 présentant des preuves d'identité et de droit d'accès satisfaisantes pourront demander accès à ces dossiers et, si nécessaire, y modifier les renseignements personnels.
Je reconnais que dans l'accomplissement de leur tâche, les employés ou les représentants de Manuvie, les personnes autorisées et celles qui ont légalement accès à ces dossiers auront accès aux renseignements versés aux dossiers.
J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale, d'identification ou d'administration de l'assurance collective.
Je reconnais qu'une photocopie de cette déclaration est aussi valide que l'original.

SIGNATURE DU CONJOINT	DATE

PARTIE B - DÉCLARATION DU DEMANDEUR POUR LES ENFANTS ADMISSIBLES

À remplir par le conjoint survivant ou, à défaut, par le tuteur ou tout autre demandeur agissant au nom des enfants.

NOM DES ENFANTS	ADRESSE	DATE DE NAISSANCE	ÉTUDIANT OUI	ÉTUDIANT NON	SI OUI, VEUILLEZ DONNER LE NOM ET L'ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

LIEN DU DEMANDEUR AVEC LES ENFANTS ADMISSIBLES *(Si tuteur ou autre, précisez votre lien avec les enfants et joindre une preuve juridique)*

☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR ☐ AUTRE

NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR S'IL NE S'AGIT PAS DU CONJOINT SURVIVANT

ATTESTATION ET AUTORISATION DU DEMANDEUR POUR TOUS LES SINISTRES-DÉCÈS

Je certifie que les enfants mentionnés ci-dessus sont les enfants non mariés du participant.
Je certifie par la présente que toutes les déclarations fournies sont à ma connaissance véridiques et exactes.
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 patient au cours des cinq années précédant son décès, à divulguer et à échanger des renseignements 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 présentant des preuves d'identité et de droit d'accès satisfaisantes pourront demander accès à ces dossiers et, si nécessaire, y modifier les renseignements personnels.
Je reconnais que dans l'accomplissement de leur tâche, les employés ou les représentants de Manuvie, les personnes autorisées et celles qui ont légalement accès à ces dossiers auront accès aux renseignements versés aux dossiers.
J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale, d'identification ou d'administration de l'assurance collective.
Je reconnais qu'une photocopie de cette déclaration est aussi valide que l'original.

SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE	NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)

GL1863F (0296) Anciennement GC3024M et GC3029M