

Avis de décès

C.P. 11464, succ. Centre-ville, Montréal (QC) H3C 5M3
Tél. : 1-800-242-1704 Téléc. : 1-866-499-4480

À remplir par l'administrateur ou le responsable du régime (le relevé des options de règlement sera établi par Manuvie).

Le présent formulaire s'applique aux régimes suivants :

- Tous les régimes
- RPDB
 RPEB
 FLEX
 CRI
 REER immobilisé
 RRCDSM
 RENA
 RRSQ
 RRA
 REER
 REER de conjoint
 REER structuré
 CELI
- Autre (préciser) : _____

Client n° RS	Sous-groupe n°	Certificat n°
Nom du client		
Nom du sous-groupe		

Section 1 – Renseignements sur le salarié (participant) décédé

Nom	Prénom	Initiale
Numéro d'assurance sociale		
Dernière adresse permanente (n°, rue, app.)		Ville
Province	Code postal	
Dernier jour de service actif (AAAA/MM/JJ)		
Date du décès (AAAA/MM/JJ)		

Section 2 – Renseignements sur le(s) bénéficiaire(s)

Nom	Prénom	Initiale	
Lien avec le défunt			
Numéro d'assurance sociale			
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			
Adresse (n°, rue, app.)		Ville	
Province	Code postal	Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)

Section 3 – Renseignements sur le conjoint (exigés pour les régimes agréés seulement)

Nom	Prénom	Initiale
Numéro d'assurance sociale		
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
Le défunt avait-il un conjoint admissible (selon la définition du texte du régime) à la date du décès?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le défunt était-il titulaire d'autres polices de Manuvie?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquer les numéros des polices.		

Section 4 – Autorisation de l'administrateur ou du responsable du régime

Est-ce que toutes les cotisations qui doivent être incluses dans le règlement ont été versées à Manuvie?

Oui Non

Si non, les cotisations seront versées le

(AAAA/MM/JJ)

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis aux présentes sont véridiques, exacts et complets. De plus, je reconnais que ces renseignements sont strictement confidentiels et qu'ils seront utilisés, échangés et conservés uniquement aux fins du régime.

Nom	Prénom	Initiale
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)	
Signature	Date (AAAA/MM/JJ)	

Veuillez nous soumettre la Déclaration du médecin, une copie du certificat de décès ou une déclaration du directeur de funérailles.

Manuvie se réserve le droit de demander d'autres renseignements et n'assume aucune responsabilité pour tous frais découlant de la présente déclaration de sinistre.

www.manuvie.ca



Le nom Manuvie, le logo qui l'accompagne, les quatre cubes et les mots « solide, fiable, sûre, avant-gardiste » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

PC GF923J SLX GS 01/17