

Nous ne pouvons donner suite à cette demande de prestations que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.

Veillez remplir les sections A, B et C et fournir les documents requis :

POUR UN ASSURÉ

- Certificat de naissance
- Contrat ou certificat de mariage ou acte d'union civile
- Jugement de divorce ainsi que les mesures accessoires s'il y a lieu
- Testament
- Certificat de décès ou de sépulture (ORIGINAL)
- Déclaration du médecin (section D du présent formulaire)*
- Copie notariée des lettres d'homologation*
- Copie notariée des lettres d'administration*

POUR UNE PERSONNE À CHARGE (conjoint - enfants)

- Certificat de naissance de la personne à charge
- Contrat ou certificat de mariage ou acte d'union civile
- Attestation de fréquentation scolaire (03097F)*, si âgée de 18 à 25 ans inclusivement ou de 21 à 25 ans inclusivement, selon le contrat
- Certificat de décès ou de sépulture (ORIGINAL)
- Déclaration du médecin (section D du présent formulaire)*
- Déclaration du statut du conjoint de fait décédé (01311F)*
- Rapport du coroner*

DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

- Rapport de police* Coupure de journal* Rapport du coroner*

Si la rente de survivant s'applique, ajouter les documents suivants :

- Certificat de naissance et numéro d'assurance sociale du conjoint et des enfants à charge
- Attestation de fréquentation scolaire des enfants de 18 à 25 ans inclusivement
- Avis d'acceptation de la rente du conjoint par la Régie des rentes du Québec
- Actes de tutelle (orphelins mineurs)

* Ces documents ne sont pas requis dans tous les cas.

Veillez vérifier auprès de l'assureur au numéro suivant, ainsi que pour obtenir tout autre renseignement : 1 877 938-8191

A - DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur			N° de contrat/groupe	
Adresse - N°, rue			N° de compte/division	
Ville		Province		
Code postal	Numéro de téléphone : indicatif régional + n°		Poste	
1. Date d'entrée en service AAAA-MM-JJ	2. Date d'entrée en vigueur de la protection AAAA-MM-JJ	3. S'agit-il d'un employé à temps partiel (plus de 25 % et moins de 75 % du temps)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquer le % par rapport au temps complet %	4. S'agit-il d'un employé à temps complet (plus de 75 % du temps)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. L'assuré était-il invalide avant l'événement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	6. Date du début de l'invalidité AAAA-MM-JJ	7. Dernier jour de travail AAAA-MM-JJ	8. Salaire au début de l'invalidité	9. Salaire annuel à la date de l'événement
10. Transmettre le règlement chez l'employeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Remarques				
DÉCLARATION - Je certifie que les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.				
Signature du représentant de l'employeur		Titre		Date

B - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom de la personne décédée		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA-MM-JJ
Adresse - N°, rue		Ville		Province	Code postal
La personne décédée était-elle : <input type="checkbox"/> assurée principale <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> personne à charge					
Profession		État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Unie civilement <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Séparée avec convention ou jugement le : AAAA-MM-JJ <input type="checkbox"/> Divorcée le : AAAA-MM-JJ			
1. Date du décès AAAA-MM-JJ		2. Cause immédiate du décès - veuillez spécifier la maladie			
3. Nom et adresse des médecins qui ont traité la personne décédée au cours des 2 dernières années					
4. Le décès est-il le résultat direct d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, date de l'accident AAAA-MM-JJ		5. Genre d'accident ou résumé des circonstances entourant l'accident	
6. S'agit-il d'un suicide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		7. Y a-t-il eu enquête du coroner relativement au décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		8. Y a-t-il un conjoint survivant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10. Cette personne avait-elle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		un contrat de mariage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		un acte d'union civile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		un testament? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		des enfants à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, précisez le nombre et leur âge					
11. a) Avait-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		b) Quand avait-elle commencé à fumer? AAAA-MM-JJ		c) Quand avait-elle cessé de fumer? AAAA-MM-JJ	
d) Indiquez les périodes d'interruption					
12. La personne décédée détenait-elle d'autres contrats d'assurance vie avec Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie ou dans une caisse Desjardins? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :					
Nom de l'institution		Numéro de compte si caisse Desjardins		Nom du produit	
				Numéro de contrat/police	
				N° d'identification/certificat	

C - DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE OU DU LIQUIDATEUR DE LA SUCCESSION

Nom du bénéficiaire ou du liquidateur de la succession		Prénom	Date de naissance AAAA-MM-JJ	N° d'assurance sociale
Adresse - N°, rue			N° de téléphone	
Ville			Province	Code postal
À quel titre faites-vous cette demande de prestations? <input type="checkbox"/> Conjoint			Lien avec la personne décédée	
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Liquidateur de la succession/Exécuteur testamentaire <input type="checkbox"/> Autre :				
DÉPÔT DIRECT - Si vous désirez obtenir le dépôt direct des prestations, veuillez fournir les renseignements ci-contre et joindre un spécimen de chèque personnalisé portant la mention « ANNULÉ ».			N° d'identification (Transit)	Numéro de compte

DÉCLARATION - Je certifie que les renseignements donnés sont complets et véridiques.

Signature du bénéficiaire ou du liquidateur de la succession _____ Date _____

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus au sujet de la personne décédée qui sont nécessaires au traitement de son dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB (connu auparavant sous le nom Bureau de renseignements médicaux), des compagnies d'assurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de son employeur ou de ses ex-employeurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à son sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à son sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du bénéficiaire ou du liquidateur de la succession _____ Date _____

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. DSF peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

D - DÉCLARATION DU MÉDECIN - Les frais pour remplir cette déclaration sont à la charge du bénéficiaire ou du liquidateur de la succession.

Nom de la personne décédée		Prénom	Date du décès AAAA-MM-JJ	Lieu du décès
Résidence au décès - N°, rue		Ville	Province	Code postal
Si la personne est décédée dans un hôpital ou une autre institution, veuillez en indiquer le nom :				
Âge au décès :		OU	Date de naissance : AAAAA-MM-JJ	
1. Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, ex. défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné le décès) :				Intervalle entre le début étiologique et le décès
2. Causes antécédentes (ayant, le cas échéant, conduit à l'état précité) provoquées par ou consécutives à :				
a)				
b)				
3. a) Autres états morbides importants (ayant contribué au décès mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué) :				
b) Y a-t-il un lien entre le décès et le syndrome d'immunodéficience acquise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
4. Date des premiers soins pour la dernière maladie AAAA-MM-JJ	5. Date des derniers soins pour la dernière maladie AAAA-MM-JJ	6. Date du diagnostic AAAA-MM-JJ	7. Quand la personne décédée a-t-elle été informée pour la 1 ^{re} fois de cette maladie? AAAA-MM-JJ	
8. Le décès est-il dû à un : <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> suicide <input type="checkbox"/> homicide Veuillez décrire brièvement :				
9. Y a-t-il eu enquête? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :				
10. Y a-t-il eu autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer par qui et donner les constatations :				
11. Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des 3 dernières années précédant la dernière maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :				
Nature de la maladie ou lésion	Hôpital ou institution	Adresse		Date
_____	_____	_____		_____
_____	_____	_____		_____
12. À votre connaissance, au cours des 3 dernières années de sa vie, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou soignée dans un hôpital ou une autre institution? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :				
Nature de la maladie ou lésion	Médecin, hôpital ou institution	Adresse		Date
_____	_____	_____		_____
_____	_____	_____		_____
13. La personne décédée a-t-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		14. Quand avait-elle commencé à fumer? AAAA-MM-JJ		15. Quand avait-elle cessé de fumer? AAAA-MM-JJ

16. Indiquez les périodes d'interruption :

Nom et adresse du médecin (EN LETTRES MAJUSCULES)		Signature du médecin		
		Date	N° de licence	
		Spécialité		
Code postal		Téléphone Indicatif régional + n°	Télécopieur Indicatif régional + n°	