INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Assurance vie

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre le formulaire à :

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
522, avenue University, bur. 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

N° de police ____ N° de compte ____ N° de catégorie ____ N° de certificat ____

Nom de l'employeur _____

Nom de l'employé _____

Statut de l'employé : ❑ Actif ❑ Retraité ❑ Invalide

1. La personne décédée est : ❑ l'employé ❑ le conjoint (Annexer l'acte de mariage, s'il y a lieu.)
❑ un enfant à charge (Annexer l'acte de naissance.)

Si la personne décédée est le conjoint ou un enfant à charge, aller à la question 5 de la présente section.

2. Date d'emploi (A M J) _____ Dernier jour de travail (A M J) _____

Est demeurée sur notre liste de paye jusqu'au (A M J) _____

3. Lors de son décès, l'employé faisait-il partie de votre personnel?

❑ OUI A-t-il travaillé jusqu'à son décès?

❑ Oui Salaire annuel au moment du décès _____ $

❑ Non Préciser la raison : ❑ Congé d'invalidité; salaire annuel au début de l'invalidité _____ $

❑ Autre, préciser _____

❑ NON Raison de cessation d'emploi : ❑ Retraite; salaire annuel au moment de la retraite _____ $

❑ Autre, préciser _____

4. Emploi à la date du décès _____

5. Montant d'assurance vie _____ $

6. Signature de l'employeur _____ Date (A M J) _____

Adresse _____ Tél. _____

Note – Dans le cas où vous conservez les demandes de souscription des participants, veuillez annexer la demande de souscription du participant si ce dernier est la personne décédée.

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE (DEMANDEUR)

1. Nom du bénéficiaire _____

Adresse _____ Code postal _____

Tél. _____ Lien de parenté avec l'assuré _____

Date de naissance (A M J) _____ N° d'assurance sociale _____

- L'employé est le bénéficiaire de l'assurance des personnes à charge.
- Si les bénéficiaires désignés sont les héritiers légaux, les administrateurs, les ayants droit ou la succession, veuillez joindre une copie du contrat de mariage et du testament, s'il y a lieu.

2. Nom de la personne décédée _____

Date de naissance (A M J) _____ Date du décès (A M J) _____

3. Cause du décès (décès accidentel : annexer le rapport du coroner. Ne pas attendre le rapport du coroner pour envoyer les autres documents.)

_____

4. Nom du demandeur (Si différent du bénéficiaire) _____ Tél. _____

Adresse _____ Code postal _____

5. La personne décédée détenait-elle un régime de retraite ou un contrat individuel de l'Industrielle Alliance?

Si oui, préciser le n° de police _____

Note – Veuillez joindre le certificat officiel du décès ou demander au médecin de remplir et de signer la *Déclaration du médecin* au verso. Si le capital assuré est de plus de 100 000 $, les deux documents sont requis (certificat de décès et *Déclaration du médecin*).

F54-361 (09-01)

CONFIRMATION ET AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE (DEMANDEUR)

JE CONFIRME par la présente que, à ma connaissance, les renseignements donnés dans cette demande de règlement sont véridiques et complets.
J'AUTORISE, par la présente, l'Industrielle Alliance à consulter, à copier ou à réviser tout dossier qu'elle possède sur la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la demande de règlement de la personne décédée. Je permets également l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale aux fins de cette demande.
J'AUTORISE par la présente tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, tout employeur, ainsi que toute autre personne, toute organisation ou institution publique ou privée à communiquer à l'Industrielle Alliance ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom tout dossier ou toute information d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information concernant la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la demande de règlement de la personne décédée.
JE RECONNAIS qu'une photocopie de cette *Confirmation et autorisation du bénéficiaire (demandeur)* a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature du bénéficiaire (demandeur) _____

Référence : (z) _____

Nom de la personne décédée : _____ **Date de naissance :** (A M J) _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN *(Si aucun médecin n'a été appelé auprès de la personne décédée, annexer le certificat officiel du décès.)*

Nom complet de la personne décédée _____

Date du décès A M J _____ Lieu du décès _____ Date de naissance A M J _____

Cause immédiate du décès _____ Date du début de la maladie ou de l'événement A M J _____

Causes qui ont contribué au décès (s'il y a lieu) _____

J'ai traité la personne décédée du A M J _____ au A M J _____

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) _____

Signature du médecin _____

Adresse _____

AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, les renseignements personnels que nous recueillons concernant les participants et leurs personnes à charge assurées sont conservés de façon strictement confidentielle et sont utilisés uniquement aux fins autorisées. Les dossiers personnels des participants sont gardés aux bureaux de l'Industrielle Alliance.

Les participants ont le droit de demander l'accès à leurs dossiers personnels et, s'il y a lieu, de corriger toute information erronée. Pour cela, ils doivent envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., responsable de l'accès à l'information, 1080, Grande Allée Ouest, Québec (Québec) G1K 7M3.

L'accès aux renseignements personnels d'un participant sera limité aux employés de l'Industrielle Alliance, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs dans le cadre de leurs fonctions, ainsi qu'aux personnes que vous aurez autorisées et à celles autorisées par la loi.

À des fins de vérification et d'administration, l'Industrielle Alliance peut divulguer à l'employeur/titulaire de police du participant des statistiques de nature financière ne contenant aucune information nominative.