

Le présent formulaire est fourni par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et sa filiale l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. (les compagnies), à la convenance du demandeur dans le but d'effectuer une demande d'assurance vie. Lorsqu'elles fournissent un tel formulaire ou d'autres formulaires, les compagnies n'acceptent aucune responsabilité et n'abandonnent aucun de leurs droits.

Pour toute demande de règlement de 50 000 \$ et moins pour un contrat en vigueur depuis plus de 10 ans, le formulaire F55-21(2) peut être utilisé.

1. Représentant autorisé _____ Agence (nom et numéro) _____ U.S. _____

INFORMATION RELATIVE À LA PERSONNE DÉCÉDÉE

2. Contrat(s)	3. Montant	4. Produit	5. Nom de famille
			6. Prénom
			7. N°
			8. Rue
			9. App.
			10. Ville
			11. Prov.
			12. Code postal
13. Emploi de l'assuré		14. N° d'assurance sociale	15. Date de naissance
			A M J
16. Quand la santé a-t-elle commencé à décliner?		17. Date de la première consultation pour la dernière maladie	18. Date du décès
		A M J	A M J
19. Lieu du décès	20. Cause du décès		

21. Nom et adresse de tout médecin qui a soigné la personne décédée pendant la dernière maladie ou pendant les cinq dernières années

Nom du médecin	Adresse	Date	Maladie ou condition
		A M J	

22. Nom et adresse de tout hôpital où la personne décédée a été traitée pendant les cinq dernières années

Nom de l'hôpital	Adresse	Date
		A M J

23. LA PERSONNE DÉCÉDÉE ÉTAIT :

Célibataire Mariée Veuve

Conjoint de fait, depuis le _____

OU

MARIÉE, MAIS LORS DU DÉCÈS :

Divorcée depuis le _____ Mariage annulé

Séparée légalement depuis le _____ Séparée de fait seulement

24. La personne décédée a-t-elle laissé des enfants? Non Oui Combien? _____ Leur âge? _____

25. Combien de frères et de sœurs la personne décédée avait-elle? _____ Leur âge? _____

26. Indiquez si les parents de la personne décédée vivent encore : Le père? Non Oui La mère? Non Oui

27. Détails des autres protections d'assurance (vie, accident, maladie) sur la vie de la personne décédée auprès d'autres assureurs

Nom de l'assureur	Numéro de contrat	Date du contrat	Montant
		A M J	\$
			\$

INFORMATION RELATIVE AU DEMANDEUR (Lire instructions à la page suivante.)

28. Nom et prénom _____ 29. Lien de parenté avec la personne décédée _____ 30. Date de naissance _____ 31. N° d'assurance sociale _____

A M J

32. Adresse N° Rue App. Ville Province Code postal _____

33. En quelle qualité formulez-vous cette demande de règlement?

Bénéficiaire (Indiquer l'adresse de tout bénéficiaire qui réside à l'extérieur du Canada.) Succession → Le paiement sera effectué au nom de la succession.

34. Je demande que le règlement soit

transféré au contrat. _____ (Joindre proposition.) effectué par chèque.

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone concernant la présente demande de règlement sera exacte et complète. Je consens à ce que toutes ces déclarations forment la base de toute prestation approuvée pour cette demande de règlement.

Je consens à donner les renseignements inscrits sur ce formulaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à sa filiale l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. (les compagnies), et je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter, administrer la présente demande et la couverture de la police d'assurance. J'autorise tout autre assureur, réassureur, établissement financier, médecin, établissement médical, fournisseur de soins de santé, employeur, administrateur d'assurance collective, représentant ou courtier, toute agence d'investigation et d'évaluation du crédit et toute personne et entreprise susceptibles d'avoir des renseignements personnels pertinents à cette demande de règlement à les transmettre aux compagnies.

J'autorise les compagnies à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent aux fins désignées ci-dessus ou à toute autre fin autorisée par moi-même ou comme requis par la loi.

Je confirme qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

_____ Témoin _____ Signature du demandeur _____ Date

_____ Adresse du témoin _____ Adresse du demandeur _____ Date

Tél. dom. : _____ Tél. bur. : _____

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être signé par le bénéficiaire. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire, le formulaire peut être signé par seulement un des bénéficiaires, mais vous devez indiquer les adresses et les numéros d'assurance sociale de chaque bénéficiaire sur une feuille séparée. Un chèque sera émis au nom de chacun, sauf si vous nous avisez de ne faire qu'un seul chèque pour tous les bénéficiaires.

Lorsque la désignation du ou des bénéficiaires est « héritiers légaux », « succession » ou « ayants droit », le liquidateur de la succession ou l'un des héritiers doit signer le formulaire et le chèque sera fait à l'ordre de la succession.

Si le ou les bénéficiaires sont mineurs, le formulaire doit être rempli par le tuteur légal (Québec) ou par un fiduciaire désigné (autres provinces). Il faut joindre un acte de naissance du ou des mineurs et indiquer le nom et l'adresse du ou des parents. Le paiement sera fait selon la loi applicable.

Si la somme assurée fait l'objet d'une cession, en totalité ou en partie, la prestation sera payée conjointement au cessionnaire et au bénéficiaire. Si la cession n'est plus en vigueur, vous devez nous faire parvenir une copie de la quittance ou de la rétrocession.

Si vous désirez des renseignements additionnels concernant ce formulaire ou votre demande de règlement, n'hésitez pas à communiquer avec votre représentant ou le Service des règlements.

Note – Le formulaire F37-14 doit être utilisé dans le cas d'une demande de prestation décès touchant un contrat de rente individuelle.

Dans le cas d'un contrat assurant plusieurs vies, si la personne décédée est le propriétaire du contrat et qu'aucun propriétaire subsidiaire n'a été désigné, la déclaration ci-dessous doit être remplie.

DÉCLARATION

Je, _____ domicilié(e)

au numéro _____ de la rue _____ à _____

déclare ce qui suit :

1. _____ est décédé(e) à _____
le _____ à l'âge de _____

2. Je suis _____ de la personne décédée.
(veuf, veuve, frère, sœur, etc.)

3. La personne décédée était propriétaire du ou des contrats } portant le ou les numéros _____
établis par l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.**

4. La personne décédée a laissé les dispositions testamentaires suivantes :

a) un testament Oui **Veillez joindre une copie.** Notarié Fait devant témoins (forme anglaise) Olographe
Après avoir fait de sérieuses recherches, je présente le document ci-inclus comme étant le
dernier testament de la personne décédée.
 Non - remplir la section 5.

b) un contrat de mariage Oui - **Veillez joindre une copie** et remplir la section 5.
 Non

Si une réponse **négative** a été donnée aux questions 4a) et 4b), remplir la section 5.

5. Nom du conjoint _____ Mariage légal Union de fait

Date de naissance du conjoint :

A	M	J
---	---	---

La personne décédée a-t-elle laissé des enfants? Oui - remplir la section 6. Non - remplir la section 7.

6. Nom et prénom des enfants

_____	Né(e) le :	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">J</td></tr></table>	A	M	J		_____	Né(e) le :	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;">J</td></tr></table>	A	M	J
A	M	J										
A	M	J										
_____	Né(e) le :	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table>					_____	Né(e) le :	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table>			
_____	Né(e) le :	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table>					_____	Né(e) le :	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; text-align: center;"> </td></tr></table>			

7. Proches parents

VIVANT(S)		Proches parents	DÉCÉDÉ(S)	
Nom	Âge		Nom	À l'âge de
		Père		
		Mère		
		Frères/Sœurs		
		Frères/Sœurs		

Je déclare que ces réponses sont véridiques et comprends que la déclaration est effectuée dans le but de transférer la propriété du contrat.

Signé à _____

le _____ 20 _____

Témoin

Adresse

Signature du déclarant