

# AVIS DE DÉCÈS DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Le présent guide a pour but de vous aider à présenter une demande de prestations.

**ASSURANCE VIE**

Les prestations d'assurance vie visent à fournir un soutien financier au décès de l'assuré.

**LES DOCUMENTS MENTIONNÉS CI-DESSOUS SONT NÉCESSAIRES****Avis de décès – Déclaration du demandeur**Lorsque des prestations sont payables à un bénéficiaire :

Le bénéficiaire doit remplir la déclaration du demandeur, sauf dans les cas suivants :

- Si l'un des bénéficiaires décède avant l'assuré, il faut présenter une preuve de décès (acte de décès).
- Si le titulaire du contrat a nommé un fiduciaire pour agir au nom du bénéficiaire, le fiduciaire doit remplir la déclaration du demandeur.
- Si le bénéficiaire est mineur et que le titulaire du contrat n'a pas nommé de fiduciaire, veuillez communiquer avec nous afin de déterminer qui doit remplir la déclaration du demandeur. La législation visant le versement des prestations d'assurance vie à un mineur varie d'une province à l'autre.
- Si le bénéficiaire est inapte à gérer ses affaires financières, son représentant légal doit remplir la déclaration du demandeur en vertu d'une procuration ou d'un comité nommé par le tribunal. Veuillez joindre à la demande de prestations une copie de la procuration.

Au Québec :

- Le tuteur du bénéficiaire doit remplir la déclaration du demandeur.

Remarque : Au Québec, le conjoint survivant devient automatiquement le tuteur de la personne mineure, sauf si une ordonnance du tribunal l'en empêche.

Lorsque des prestations sont payables à la succession de l'assuré

Le représentant légal de la succession doit remplir la déclaration du demandeur. Veuillez communiquer avec nous pour en savoir plus puisque certains des renseignements ci-dessous pourraient être nécessaires :

- Une copie notariée du testament et des lettres d'homologation
- Un certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession avec ou sans testament (Ontario)
- Les lettres d'administration

Au Québec :

- Un testament notarié ou une copie notariée du testament
- Un testament olographe ou devant témoins, ou une copie certifiée d'un jugement et le testament signé par le greffier du tribunal ou son assistant déclarant que le testament du défunt est dûment homologué, ou une copie notariée du testament ainsi que le procès verbal de l'homologation
- En l'absence de testament, une déclaration d'héritiers légaux. Dans ce cas, chaque héritier doit remplir une déclaration du demandeur distincte pour obtenir sa part des prestations d'assurance vie

**Preuve de décès**

Pour les demandes de prestations de 150 000 \$ ou moins, nous acceptons le certificat de décès d'origine et/ou une déclaration de décès du directeur de funérailles. Pour celles de plus de 150 000 \$ et dont la police a été en vigueur durant moins de 3 ans, une déclaration du médecin est exigée. Selon les circonstances du décès, Co-operators peut demander des renseignements supplémentaires, notamment :

- le rapport du coroner
- les rapports d'enquête de la police
- des renseignements médicaux complémentaires

**AUTORISATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Nous devons obtenir votre autorisation pour recueillir des renseignements qui nous permettront d'étudier votre demande. En signant le formulaire d'autorisation, vous nous autorisez à recueillir des renseignements auprès des fournisseurs de soins de l'assuré, d'autres assureurs, et des hôpitaux où il a reçu des soins.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS s'engagent à protéger la vie privée de leurs clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de leurs affaires.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS se conforment aux lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels, lesquelles régissent la protection de tous les renseignements personnels en leur possession. Pour en savoir davantage sur les politiques concernant la protection des renseignements personnels de Co-operators Compagnie d'assurance-vie et de La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS, consultez notre site Web, au [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca).

**POUR PLUS D'INFORMATION**

Pour toute question ou pour de l'aide concernant votre demande de prestations, n'hésitez pas à communiquer avec nous au 1-800-454-8061. Veuillez avoir en main votre numéro de police.

L'assureur de la police est  Co-operators Compagnie d'assurance-vie  La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS sont des sociétés affiliées du groupe de sociétés Co-operators. La case cochée ci-dessus indique quel assureur souscrit et administre votre police.

## COORDONNÉES

Adresse : Co-operators Compagnie d'assurance-vie  
La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS  
Service des règlements Vie  
1900 Albert Street  
Regina SK S4P 4K8

Courriel : Individual\_Life\_Claims@cooperators.ca

Tél. : 1-800-454-8061 Téléc. : 1-866-240-2153

## DIRECTIVES

Écrire en lettres moulées de manière lisible et remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande.

Une fois le formulaire rempli, vous pouvez l'envoyer par télécopieur ou par la poste (document original).

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉFUNT

Numéro(s) de police \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

État matrimonial au moment du décès :

Célibataire  Marié  Divorcé  Union civile  Séparé  
Date du divorce \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA Date de la séparation \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA

Date du décès \_\_\_\_\_ JJ/MMM/AAAA Lieu du décès \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Cause du décès \_\_\_\_\_ Durée de la maladie (si applicable) \_\_\_\_\_

Lieu du décès  à l'hôpital  à la maison  autre \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un décès accidentel?  Oui  Non

Si oui, précisez le lieu et la nature de l'accident

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'enquêteur ou du coroner, selon le cas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indiquez le nom et l'adresse de tout médecin, spécialiste ou hôpital qui a traité l'assuré au cours des 5 dernières années.

Nom du médecin, du spécialiste ou de l'hôpital	Adresse	Date(s)	Raison de la consultation

**Usage du tabac** : L'assuré a-t-il déjà consommé, sous quelque forme que ce soit, du tabac, de la marijuana, des produits à base de nicotine ou des substituts de nicotine (y compris les timbres et la gomme à la nicotine)?  Oui  Non

Si oui, indiquez la période de consommation : du \_\_\_\_\_ Année au \_\_\_\_\_ Année

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Demandeur \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale\* \_\_\_\_\_ Relation avec le défunt \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

\* Le numéro d'assurance sociale est requis dans l'éventualité où des intérêts seraient imposables.

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de règlement, veuillez indiquer votre courriel :

Co-operators Compagnie d'assurance-vie prend des mesures raisonnables pour protéger la confidentialité de tous les renseignements recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires. Vous devez toutefois savoir qu'Internet n'est pas un moyen de communication sûr et que nous ne procédons pas au cryptage des courriels. Il nous est donc impossible de garantir une complète confidentialité des renseignements communiqués par courriel électronique, notamment les courriels et toute pièce jointe. En autorisant les communications par courriel, vous reconnaissez avoir lu et compris le présent avis de non-responsabilité, et vous nous autorisez à transmettre vos renseignements personnels par voie électronique en sachant que les courriels et toute pièce jointe pourraient faire l'objet d'un accès, d'une utilisation ou d'une divulgation non autorisée par des tiers. Vous reconnaissez que Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas responsable des pertes ou des dommages que vous ou toute autre personne pourriez subir en raison de toute violation de la vie privée, de la confidentialité ou de la sécurité résultant de la communication de vos renseignements personnels par courriel. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez-nous en informer par écrit à Individual\_life\_claims@cooperators.ca.

Vous demandez les sommes assurées à titre de :

Bénéficiaire  Exécuteur testamentaire/Liquidateur successoral  Mandataire  Fiduciaire  Signataire  Autre \_\_\_\_\_

## 3. OPTIONS DE RÈGLEMENT

Je demande que toute somme payable aux termes de la police soit versée comme suit :

- Dépôt direct **Veuillez joindre un spécimen de chèque personnel portant la mention « annulé ».**
- Chèque
- Laissée en dépôt temporaire
- Règlement de rente (sauf au Québec)
- Transfert vers un nouveau contrat de gestion du patrimoine ou un contrat existant - Police n° \_\_\_\_\_

Le dépôt direct nous permet de verser vos prestations directement à votre institution financière.

## 4. AUTORISATION

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, pharmacie, ou autre établissement ou fournisseur de soins de santé, tout assureur, réassureur, régime d'assurance maladie provincial, agence ou régie gouvernementale, médecin légiste, coroner, ou tout autre fonctionnaire, officier ou agent équivalent, tout autorité policière et toute autre personne, organisme ou institution détenant des renseignements médicaux, professionnels ou financiers ou de l'information personnelle pertinente me concernant à communiquer et à échanger avec l'assureur et, au besoin, ses réassureurs, tous tels renseignements pour les objets suivants : analyser et confirmer la justesse et le bien-fondé de ma demande de règlement, déterminer mon admissibilité aux prestations demandées, et administrer ou évaluer ma demande de règlement présentée au titre de la présente police ou de toute autre police d'assurance établie par une filiale d'assurance du Groupe Co-operators limitée. Cette autorisation demeure valide pour toute la durée du traitement de ma demande à moins que je ne la révoque par écrit. Je reconnais que le fait de refuser ou de révoquer un tel consentement risque d'entraîner des retards dans le traitement de la demande ou le refus de sa prise en charge. Une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
Ville, Province Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Nom du demandeur (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Nom du défunt

\_\_\_\_\_  
Relation avec le défunt

## 5. DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

### Co-operators Compagnie d'assurance-vie et la protection de la vie privée La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS

Chacun des assureurs mentionnés reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons que des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée soient incluses dans tous nos contrats avec nos fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca)

1900 ALBERT STREET REGINA SK S4P 4K8

Co-operators<sup>MD</sup> est une marque déposée du Groupe Co-operators limitée, utilisée sous licence par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.  
CUMIS<sup>MD</sup> est une marque déposée de CUMIS Insurance Society Inc. et elle est utilisée sous licence.