

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.

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
1920 College Avenue
Regina SK S4P 1C4

Tél. : 1-800-454-8061
Télé. : 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 _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ JJ/MMM/AAAA

État matrimonial au moment du décès :

Célibataire Marié Divorcé Union civile Séparé

Date du divorce _____ Date de la séparation _____
JJ/MMM/AAAA JJ/MMM/AAAA

Date du décès _____ Lieu du décès _____
JJ/MMM/AAAA 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 _____ au _____
Année 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 _____ JJ/MMM/AAAA
Numéro d'assurance sociale* _____ Relation avec le défunt _____

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

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 **Veillez 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

Déclaration de confidentialité 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 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.

Chacun des assureurs susmentionnés reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'exécuter leurs fonctions. Nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Vous trouverez plus d'information concernant la politique sur la vie privée de Co-operators Compagnie d'assurance-vie et de La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS au www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec la Protection de la vie privée au 130 MacDonell Street, Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : privacy@cooperators.ca. (Dans votre demande, veuillez préciser de quel assureur il s'agit, soit Co-operators Compagnie d'assurance-vie ou La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS.)

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.