

# Choix du mode de règlement et déclaration de sinistre

## 1 Renseignements sur la personne décédée

La personne décédée est :

le participant  le conjoint  une personne à charge

Nom de famille de la personne décédée		Prénom	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal
Numéro d'assurance sociale	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Situation matrimoniale au décès	
Cause du décès		Lien avec le participant (si la personne décédée n'est pas le participant)	

## 2 Renseignements sur le participant

Numéro de contrat	Numéro d'assurance sociale	Numéro de participant	
Nom du participant		Prénom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal

Nom et adresse de tous les médecins qui ont soigné la personne décédée dans les cinq années qui ont précédé son décès.

Si le décès est survenu dans les deux années suivant la prise d'effet de la couverture ou de la majoration de la couverture, veuillez remplir les sections suivantes :

Nom et adresse	Date (jj-mm-aaaa)	Raison
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	

Veuillez joindre les coupures de journaux, le rapport du coroner et/ou le rapport de police, s'il y a lieu.

Nom et adresse de tous les hôpitaux ou établissements où la personne décédée a été traitée dans les cinq années qui ont précédé son décès.

Hôpital ou établissement	Ville	Date (jj-mm-aaaa)
		- -
		- -
		- -
		- -

## 2 Renseignements sur le participant (suite)

Demandez-vous le règlement au titre d'une garantie décès accidentel?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez décrire les circonstances ayant entouré le décès.

Nom du policier	Nom du poste de police
Numéro d'immatriculation de l'automobile	Numéro de permis de conduire

## 3 Renseignements sur le demandeur

Veuillez écrire le nom en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. Veuillez joindre une attestation de décès originale ou une copie certifiée conforme de l'attestation. Une Déclaration du médecin est exigée si le décès est survenu dans les deux années suivant la prise d'effet de la couverture ou de la majoration de la couverture, ou pour toute couverture qui est en vigueur depuis moins de cinq ans au titre d'une assurance facultative dont le capital est supérieur à 250 000 \$.

Nom de famille du demandeur		Prénom	
Adresse du demandeur (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone du demandeur - -		Numéro d'assurance sociale du demandeur 	
Date de naissance du demandeur (jj-mm-aaaa) - -	Lien avec la personne décédée		
Qualité du demandeur <input type="checkbox"/> Bénéficiaire désigné <input type="checkbox"/> Fiduciaire <input type="checkbox"/> Tuteur du bénéficiaire <input type="checkbox"/> Représentant de la succession <input type="checkbox"/> Autre. Veuillez préciser : _____			
<input type="checkbox"/> Je demande le versement des sommes dues en une seule fois			
<input type="checkbox"/> J'aimerais qu'un conseiller communique avec moi au _____			

## 4 Autorisation et signature

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, le ou les gestionnaires du régime ainsi que leurs conseillers et leurs fournisseurs de services à recueillir et à utiliser des renseignements au sujet de \_\_\_\_\_ (l'assuré), à les utiliser aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent contrat collectif, de même qu'à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents en ce qui a trait à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les agences gouvernementales, les régies provinciales de l'assurance-maladie, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance.

Je reconnais que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Je consens à ce que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé à des fins fiscales en relation avec la présente demande de règlement.

Signé à (ville)	Signé à (province)	Date (jj-mm-aaaa) — —	Signature du demandeur X
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone (domicile) — —		Numéro de téléphone (bureau) — —	

### **Veillez retourner le formulaire dûment rempli et les documents demandés à l'adresse suivante :**

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
Règlements vie groupe  
1155 rue Metcalfe  
Montréal QC H3B 2V9

## 5 La Protection des renseignements personnels vous concernant

Nous avons à coeur la protection des renseignements personnels vous concernant. Nous pouvons, pour nous aider à servir certains de nos clients, tirer parti des forces dont nous disposons dans nos opérations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs. Certains de nos employés, fournisseurs de services, mandataires, réassureurs et leurs fournisseurs de services, peuvent être situés dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel ([responsableprotectionvieprivee@Sunlife.com](mailto:responsableprotectionvieprivee@Sunlife.com)) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent.