

Assurance-santé personnelle – Déclaration de décès



Contrat 037000	Numéro d'identification
--------------------------	-------------------------

1. Renseignements sur le fiduciaire de la succession (exécuteur/administrateur [liquidateur au Québec]), le conjoint ou le membre attitré de la famille

Prénom	Nom	Lien avec le défunt	Numéro de téléphone
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code Zip

2. Renseignements sur le défunt

Prénom	Nom	Date du décès (jj-mm-aaaa)	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code Zip

3. En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit :

Je suis personnellement au courant du décès du défunt.

Signature et date :

Signature du fiduciaire de la succession (exécuteur/administrateur [liquidateur au Québec]), du conjoint ou du membre de la famille X		
Date (jj-mm-aaaa)	Fait à (ville)	Fait à (province)
Prénom du conseiller	Nom	

Veillez envoyer ce formulaire à :

Sun Life du Canada,
compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo, ON N2J 4C5

4371F

