

Questionnaire sur disparition – règlements d'assurance-vie

Personne assurée

Numéro de contrat

1 Renseignements sur la personne assurée

Nom au complet (Prénom et nom)		Nom communément utilisé
Date de naissance (j/m/a)	Lieu de naissance (dans le cas où la personne assurée est née à l'étranger, indiquer dans quelle ville et à quelle date a eu lieu l'entrée au Canada et fournir les documents)	
Date à laquelle la personne assurée a été vue ou a communiqué avec quelqu'un pour la dernière fois (j/m/a)	Numéro d'assurance sociale	
Numéro du permis de conduire	Lieu et date de délivrance (j/m/a)	

État civil (nom, adresse et date de naissance du conjoint)
Divorce ou séparation : (Date et lieu)

Nom, adresse et âge des personnes suivantes :

Nom	Adresse	Âge
Enfants		
Enfants		
Mère et père		
Frère(s) et sœur(s)		
Amis proches		
Amis proches		

Profession exercée habituellement par la personne assurée	Niveau d'études
Dernier employeur (nom et adresse)	Durée de l'emploi
Anciens employeurs (nom et adresse)	
Clubs, syndicat ou confrérie (indiquer les noms)	
Membre des forces armées (armée, numéro matricule et date du service)	

Questionnaire sur disparition – règlements d'assurance-vie

1 Renseignements sur la personne assurée (suite)
Casier judiciaire (détails et dates)
Détention pénitentiaire (dates et nom de tous les établissements)
Retrait du permis de conduire (détails et dates)
Loisirs (préciser)

2 Description de la personne assurée – Prière de joindre une photo de la personne assurée	
Taille	Couleur de cheveux
Poids	Couleur des yeux
Signes particuliers (cicatrices, imperfections physiques, barbe, moustache, lunettes)	
Description physique générale	
État de santé	
Traitement médical récent (Donner des détails sur l'état de santé et le nom et l'adresse des médecins consultés)	
Médicaments sur ordonnance : (indiquer le nom du médicament et le nom et l'adresse de la pharmacie qui le fournit; joindre des étiquettes si possible)	

Questionnaire sur disparition – règlements d'assurance-vie

3 Situation financière de la personne assurée

Indiquer toutes les sources de revenu (salaire, prestations de retraite ou d'aide sociale, etc.)

Automobile	Marque	Année	Numéro d'immatriculation
	En location <input type="checkbox"/> Financement <input type="checkbox"/> Indiquer le nom et l'adresse du créancier		
Maison	Adresse		Autres propriétaires
Prêt hypothécaire	Montant	Créancier	
	Autres biens immobiliers et placements (donner des détails)		
Compte(s) en banque	Nom de la banque /des banques		Numéro(s) de compte
Dettes (préciser)			

Carte(s) de crédit

Numéro	Émetteur	Émise le (j/m/a)
Numéro	Émetteur	Émise le (j/m/a)
Numéro	Émetteur	Émise le (j/m/a)

4 Détails sur la disparition de la personne assurée

Dernière personne contactée (détails complets : nom, adresse, expliquer comment, quand, où, genre de conversation)

Où la personne assurée comptait-elle aller?		A-t-elle écrit après son départ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Quelqu'un l'accompagnait-elle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A-t-on consulté les registres de décès? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A-t-on publié des avis de disparition/recherche? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A-t-on rapporté la disparition à la police? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Questionnaire sur disparition – règlements d'assurance-vie

4 Détails sur la disparition de la personne assurée (suite)

Détails sur la disparition (effets personnels et voiture utilisée, vêtements qu'elle portait, montant d'argent qu'elle avait sur elle, efforts pour la retrouver)

Disparitions ou absences précédentes (dates, raisons, adresses)

Autres renseignements pertinents

5 Déclaration

Je, soussigné(e), déclare que les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques.

Autorisation est donnée par la présente à toute personne ou tout établissement, notamment les médecins, professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques, établissements médicaux, agences gouvernementales, régimes d'assurance-maladie provinciaux, organismes d'enquête, organismes d'application de la loi, compagnies d'assurance et compagnies de réassurance, de fournir à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie des renseignements sur

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom au complet (prénom, second prénom et nom)

Signé à (ville, province)

Date (j/m/a)

Adresse

Signature

X

Lien de parenté avec la personne assurée