

Déclaration du demandeur

1 Renseignements sur la personne décédée

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|------------------------------------|--------------------------------|
| 1.1 Prénom de la personne décédée | | Nom | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | 1.2 Date de naissance (jj-mm-aaaa) | |
| 1.3 État civil <input type="checkbox"/> Mineur(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve | | 1.4 Cause précise du décès | | 1.5 Date du décès (jj-mm-aaaa) | | 1.6 Pays où a eu lieu le décès |
| 1.7 Lieu du décès <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Établissement de soins de longue durée <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Autre | | | | | | |
| 1.8 Nom du salon funéraire | | Numéro de téléphone du salon funéraire | | Ville | | Province/État |
| 1.9 Le contrat a-t-il été établi ou remis en vigueur au cours des 5 dernières années précédant la date du décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui » ou «ne sais pas», veuillez remplir 1.10 et 1.11, si « non » passez à la section 2. | | | | 1.10 Numéro de carte santé provinciale de la personne décédée | | |
| 1.11 Indiquez le nom et le lieu de pratique des médecins et autres professionnels de la santé ainsi que le nom et l'emplacement des hôpitaux, des cliniques ou des établissements médicaux qui ont donné des soins à la personne décédée au cours des 5 dernières années précédant l'établissement ou la remise en vigueur du contrat. | | | | | | |
| Nom | | Adresse | | Date dernière consultation (jj-mm-aaaa) | | Raison |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2 Renseignements sur le demandeur

Nota : Si votre nom a changé depuis la dernière désignation de bénéficiaire, vous devez joindre les documents justificatifs.

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------------|--|--|
| 2.1 Prénom | | Nom | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme |
| 2.2 Adresse (numéro et rue) | | | | Appartement ou bureau |
| Ville | | Province/État | Pays | Code postal/Code zip |
| 2.3 Numéro de téléphone | 2.4 Votre lien avec la personne décédée | | 2.5 Si vous avez indiqué «conjoint», étiez-vous le conjoint à la date du décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

3 Titre du demandeur

Avant de remplir cette section, déterminez à quel titre vous présentez la demande pour chaque contrat (selon la désignation de bénéficiaire indiquée dans le contrat).

a) Veuillez remplir si vous présentez la demande à titre de «**bénéficiaire désigné**»

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| Indiquez le ou les numéros de contrats. | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | NAS du bénéficiaire (requis pour usage fiscal) |
|---|--------------------------------|--|

b) Veuillez remplir si vous présentez la demande à titre de «**représentant de la succession**»

| | |
|---|---|
| Indiquez le ou les numéros de contrats. | NAS de la personne assurée (requis pour usage fiscal) |
|---|---|

c) Veuillez remplir si vous présentez la demande à titre de «**société bénéficiaire**»

| | |
|--|---|
| Indiquez le ou les numéros de contrats. | Nom de l'entreprise |
| Quelle est votre poste? | Êtes-vous un signataire autorisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Nota : Si « non », veuillez ne pas présenter cette demande de règlement. La société bénéficiaire doit être un signataire autorisé. | |

3 Titre du demandeur (suite)

d) Veuillez remplir si vous présentez la demande à titre de «fiduciaire/tuteur d'un bénéficiaire mineur»

Indiquez le ou les numéros de contrats.

| | | |
|----------------------------|--------------------------------|--|
| Nom du bénéficiaire mineur | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | NAS du bénéficiaire (requis pour usage fiscal) |
|----------------------------|--------------------------------|--|

e) Autre

Indiquez à quel titre vous présentez la demande de règlement.

Indiquez le ou les numéros de contrats.

4 Renseignements supplémentaires

4.1 L'un ou l'autre des contrats ci-dessus comportent-ils une garantie Décès accidentel?
 Oui Non Si «oui», veuillez remplir 4.2, si «non» passez à 4.3.

4.2 Présentez-vous la demande de règlement pour la garantie Décès accidentel? Oui Non

4.3 À part les contrats indiqués dans la section 3, présentez-vous d'autres demandes de règlement auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie? Oui Non
Si «oui», veuillez remplir 4.4 et 4.5. Si «non», passez à la section 4.6.

4.4 Indiquez le type d'assurance pour lequel vous présentez la demande de règlement. Vie Accident Santé Rente

4.5 Indiquez le ou les numéros de contrats/de régimes collectifs.

4.6 Présentez-vous une demande de règlement au titre de produits d'assurance-vie, d'assurance accidents, d'assurance-santé ou de rentes souscrits auprès d'une autre compagnie?
 Oui Non Si «oui», indiquez les noms des compagnies et les numéros de contrats. Si «non», passez à la section 5.

| Nom de la ou des compagnies | Numéro(s) de contrat(s) |
|-----------------------------|-------------------------|
| | |
| | |

5 Directives de paiement

Nota : Si vous indiquez plusieurs choix, veuillez préciser le numéro du contrat et le montant qui s'appliquent à chaque choix, dans les directives spéciales.

Chèque (Si aucune directive de paiement n'est donnée, l'option implicite est paiement par chèque.)

Transférer les fonds au numéro du contrat existant. Si vous choisissez cette option, indiquez le numéro du contrat. _____

Conserver les modalités de placement d'origine pour le contrat numéro : _____

Directives spéciales

6 Autorisation

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à recueillir, à utiliser et à échanger les renseignements fournis dans le présent formulaire à des fins de gestion administrative et d'évaluation de cette demande de règlement.

Si je suis le représentant de la succession, j'autorise également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser les renseignements concernant la personne décédée ou cette demande de règlement (y compris le dossier médical, les résultats d'autopsie ou d'examen toxicologiques ou pathologiques) nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation de cette demande de règlement, à recueillir ces renseignements auprès des personnes suivantes et à les échanger avec elles : toute personne physique ou morale possédant des renseignements pertinents relativement à cette demande, y compris les professionnels de la santé, les hôpitaux et autres établissements médicaux, les agences gouvernementales, les régies provinciales de l'assurance-maladie, les institutions, le MIB, Inc., les agences d'enquête, les organismes chargés de l'application de la loi et les compagnies d'assurance ou de réassurance.

Êtes-vous le représentant de la succession? Oui Non **Nota :** Cette question ne peut être laissée sans réponse.

| | | |
|----------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Fait au/en (province/État) | Date (aaaa-mm-jj) | Signature du demandeur X |
| Prénom du conseiller | Nom | Numéro du conseiller |

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

Le fait de fournir le présent formulaire au demandeur n'engage nullement la responsabilité de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Renseignements importants

Important : Remettre cette page au demandeur.

Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.