



FORMULAIRES DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE-VIE

« DIRECTIVES »

IL EST ESSENTIEL QUE TOUS LES FORMULAIRES SUIVANTS SOIENT REMPLIS CORRECTEMENT POUR LE TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE RÉCLAMATION :

- FORMULAIRE DE DEMANDE D'INFORMATION
(VEUILLEZ REMPLIR LES DEUX FORMULAIRES AU CAS OÙ LES ORIGINAUX SONT EXIGÉS)
- DÉCLARATION DU DEMANDEUR
- DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT
- PREUVE D'UN EXÉCUTEUR TESTAMENTAIRE
- COPIE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS ET/OU DE LA DÉCLARATION D'UN DIRECTEUR DE FUNÉRAILLES
- COPIE DU CERTIFICAT DE NAISSANCE OU DU PERMIS DE CONDUIRE
- COPIE DU CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS
(SI DISPONIBLE)

Veillez vous assurer que tous les formulaires joints sont dûment remplis et que tous les renseignements qui y figurent sont fournis par vous et le médecin traitant. (Les formulaires incomplets seront retournés pour correction, ce qui retardera le traitement de la réclamation et le service que nous offrons.)

Avant de soumettre votre demande de prestations, veuillez lire attentivement le Demande d'assurance, en particulier la section intitulée « LIMITATIONS ET EXCLUSIONS ».

En vertu des conditions de la police d'assurance, la preuve de réclamation doit être reçue par la compagnie dans les **quatre-vingt-dix jours** suivant l'événement. En aucun cas, une preuve de réclamation ne doit être considérée valide si elle est soumise plus d'un an après l'événement qui est à l'origine de la réclamation.

Nous vous rappelons que la succession est responsable de continuer à effectuer les paiements à l'institution financière (prêteur garanti) jusqu'à ce que la réclamation soit acceptée et que nous ayons approuvé son paiement. Nous vous recommandons de communiquer avec l'institution financière (prêteur garanti) pour vous assurer qu'il est informé de ces conditions en attendant le règlement de la réclamation. Toutes les réclamations approuvées seront réglées en vertu des limitations de la police d'assurance en vigueur au moment du décès.

**IL EST IMPORTANT DE PRÉSENTER VOTRE RÉCLAMATION DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS.
(Immédiatement suivant les dates d'admissibilité)**

APRÈS LA RÉCEPTION DES FORMULAIRES COMPLÈTES, NOUS VOUS INFORMERONS :

- S'IL NOUS FAUT DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES,
- QUAND LA RÉCLAMATION EST APPROUVÉE ET PAYÉE, ET
- SI LA RÉCLAMATION NE PEUT ÊTRE TRAITÉE ET LES RAISONS EXPLIQUANT CETTE SITUATION.

IL REVIENT À LA SUCCESSION D'ASSUMER LES FRAIS INITIAUX REQUIS POUR FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PREUVE DE RÉCLAMATION



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INFORMATION

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) soit en mesure de déterminer si vous avez droit à une indemnité, il peut être nécessaire, pour ce faire, que nous obtenions davantage d'information au sujet de la personne assurée.

Cela peut consister à communiquer avec *le(s) médecin(s), l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé*, pour obtenir des renseignements médicaux personnels (antécédents médicaux), *l'organisme provincial de santé* pour une description des prestations versées et la *pharmacie* pour obtenir la liste des médicaments qui ont été prescrits.

Dans le cas d'un accident de la route, il se peut que notre bureau demande des détails entourant l'accident à *l'organisme d'application de la loi* pertinent et à la *compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, nous devons communiquer avec *l'institution financière (prêteur garanti)* pour une vérification du prêt et des mises à jour concernant l'état de ce compte, étant donné que toutes les prestations approuvées y sont envoyées directement pour être imputées au prêt. .

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera quand il y a une demande de renseignements concerne la succession. S'il vous faut des précisions sur la nécessité de demander des renseignements à votre sujet, n'hésitez pas à communiquer avec notre Service des réclamations.

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps, en nous transmettant vos directives par écrit à notre bureau.

En aucun cas (sauf si cela est exigé par la loi), la CAFC ne communiquera à une tierce partie l'information reçue à la suite de la présente communication.

Je, soussigné, autorise tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial de santé, hôpital, institution financière (prêteur garanti), organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements ou tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé de l'assuré à communiquer l'information requise à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Nom de la personne décédée dont les renseignements médicaux doivent être libérés

Signature du représentant de la succession

Nom en lettres moulées

Relation à la personne décédée

Numéro de certificat - selon la Demande d'Assurance (Reçue du concessionnaire)

Date

Cette consetement est valide pour:

- Le terme de cette politique
 Cette réclamation seulement
 Autre _____

Signature du témoin

Nom du témoin en lettres moulées

No. 1

5-1550FR (03/11)



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INFORMATION

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) soit en mesure de déterminer si vous avez droit à une indemnité, il peut être nécessaire, pour ce faire, que nous obtenions davantage d'information au sujet de la personne assurée.

Cela peut consister à communiquer avec *le(s) médecin(s), l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé*, pour obtenir des renseignements médicaux personnels (antécédents médicaux), *l'organisme provincial de santé* pour une description des prestations versées et la *pharmacie* pour obtenir la liste des médicaments qui ont été prescrits.

Dans le cas d'un accident de la route, il se peut que notre bureau demande des détails entourant l'accident à *l'organisme d'application de la loi* pertinent et à la *compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, nous devons communiquer avec *l'institution financière (prêteur garanti)* pour une vérification du prêt et des mises à jour concernant l'état de ce compte, étant donné que toutes les prestations approuvées y sont envoyées directement pour être imputées au prêt. .

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera quand il y a une demande de renseignements concerne la succession. S'il vous faut des précisions sur la nécessité de demander des renseignements à votre sujet, n'hésitez pas à communiquer avec notre Service des réclamations.

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps, en nous transmettant vos directives par écrit à notre bureau.

En aucun cas (sauf si cela est exigé par la loi), la CAFC ne communiquera à une tierce partie l'information reçue à la suite de la présente communication.

Je, soussigné, autorise tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial de santé, hôpital, institution financière (prêteur garanti), organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements ou tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé de l'assuré à communiquer l'information requise à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Nom de la personne décédée dont les renseignements médicaux doivent être libérés

Signature du représentant de la succession

Nom en lettres moulées

Relation à la personne décédée

Numéro de certificat - selon la Demande d'Assurance (Reçue du concessionnaire)

Date

Cette consetement est valide pour:

- Le terme de cette politique
 Cette réclamation seulement
 Autre _____

Signature du témoin

Nom du témoin en lettres moulées

L'ASSURÉ A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI « OUI », NOM DE L'HÔPITAL VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT DE LA SALLE D'URGENCE ET LE SOMMAIRE DE CONGÉ	DATES D'HOSPITALISATION DE À
NOM DU MÉDECIN TRAITANT	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR ()
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE DE L'ASSURÉ	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR ()
QUAND L'ASSURÉ EST-IL DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	VILLE PROVINCE CODE POSTAL	TÉLÉCOPIEUR ()
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR ()
QUAND L'ASSURÉ EST-IL DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	VILLE PROVINCE CODE POSTAL	TÉLÉCOPIEUR ()
VEUILLEZ INSCRIRE LA OU LES PHARMACIE(S) OÙ L'ASSURÉ A OBTENU LES MÉDICAMENTS PRESCRITS	NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE :	MÉDICAMENTS PRESCRITS :
1.		
2.		
3.		
4.		

VEUILLEZ RÉDIGER UNE LISTE DE TOUTES LES AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE AUPRÈS DESQUELLES L'ASSURÉ DÉTIENT UNE POLICE D'ASSURANCE, Y COMPRIS L'ADRESSE, LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET LES COORDONNÉES DES PERSONNES À Y CONTACTER.

VEUILLEZ FOURNIR TOUTE INFORMATION ADDITIONNELLE QUI VOUS SEMBLE INDISPENSABLE AU RÈGLEMENT DE CETTE RÉCLAMATION.

DÉCLARATION

JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CETTE DEMANDE SONT EXACTS ET COMPLETS À MA CONNAISSANCE. JE DEMANDE PAR LA PRÉSENTE À LA CORPORATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN DE RÉGLER CETTE RÉCLAMATION SUIVANT LES MODALITÉS, CONDITIONS ET LIMITATIONS DE LA POLICE COLLECTIVE EN VERTU DE LAQUELLE LA PERSONNE DÉCÉDÉE ÉTAIT TITULAIRE D'UN CERTIFICAT.

SIGNÉ À	DATE
VILLE PROV	ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'ASSURÉ OU DU DEMANDEUR	NOM EN LETTRES MOULÉES ICI
SIGNATURE DU TÉMOIN	NOM EN LETTRES MOULÉES ICI

TOUS LES FRAIS LIÉS À LA PRÉPARATION DE CE FORMULAIRE OU AU DÉPÔT DE DOCUMENTS CONNEXES SONT À LA CHARGE DU REPRÉSENTANT DU TITULAIRE DU CERTIFICAT.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

NOM LÉGAL COMPLET DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE (Veuillez écrire en lettres moulées)					
DATE DE NAISSANCE		CETTE PERSONNE EST MON PATIENT DEPUIS LE		DATE DE DÉCÈS	
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
CAUSE PRINCIPALE DU DÉCÈS					

CAUSE SECONDAIRE					

LE DÉCÈS EST-IL DÙ À LA DROGUE OU À L'ALCOOL?		OUI/NON	SI OUI, VEUILLEZ EXPLIQUER.		
LE DÉCÈS EST-IL DÙ À UN ACCIDENT?		OUI/NON	LE DÉCÈS EST-IL DÙ À UN SUICIDE?		OUI/NON
UNE AUTOPSIE A-T-ELLE A ÉTÉ FAIT? SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT					
OUI/NON					
DÉCRIVEZ BRIÈVEMENT LES CIRCONSTANCES DU DÉCÈS					
VEUILLEZ FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DU CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS. (SI DISPONIBLE)					
VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE LA PREMIÈRE CONSULTATION (PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ) POUR LA CONDITION PHYSIQUE ET/OU TOUT SYMPTÔME QUI ONT CAUSÉ LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ.				ANNÉE	MOIS
VEUILLEZ FOURNIR TOUTES LES DATES DE VISITE ET LES DÉTAILS CONCERNANT LA DATE DE DIAGNOSTIC ET TOUT DOCUMENT (JUSTIFICATIF) SUPPORTANT LE DIAGNOSTIC.				JOUR	
VEUILLEZ ÉNUMÉRER TOUS LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CONCERNÉS. VEUILLEZ JOINDRE TOUT RAPPORT PROVENANT D'EUX À VOTRE DÉCLARATION.					

CES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS À MA CONNAISSANCE.

SIGNATURE DU MÉDECIN	NOM EN LETTRES MOULÉES ET ADRESSE DU MÉDECIN
DATE (ANNÉE/MOIS/JOUR)	

TOUS LES FRAIS LIÉS À LA PRÉPARATION DE CE FORMULAIRE OU AU DÉPÔT DE DOCUMENTS CONNEXES SONT
À LA CHARGE DU REPRÉSENTANT DU TITULAIRE DU CERTIFICAT