

FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE

“DIRECTIVES”

LA SOUMISSION DE TOUS LES FORMULAIRES SUIVANTS DÛMENT REMPLIS EST ESSENTIELLE AU PROMPT TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT :

- FORMULAIRES D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS (Veuillez remplir les deux formulaires d'autorisation de divulgation de renseignements au cas où les originaux seraient exigés.)
- DÉCLARATION DU DEMANDEUR
- DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT
- PREUVE DU STATUT D'EXÉCUTEUR (copie du testament ou de la lettre d'administration signée)
- COPIE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS ET/OU DU CERTIFICAT MÉDICAL (CONSTAT) DE DÉCÈS
- COPIE DU CERTIFICAT DE NAISSANCE OU DU PERMIS DE CONDUIRE

Veillez vous assurer que tous les formulaires ci-joints sont dûment remplis et que tous les renseignements figurant sur les formulaires soient fournis par vous et votre médecin traitant. (Les formulaires incomplets seront retournés aux fins de correction, ce qui retardera notre processus de traitement de votre demande de règlement d'invalidité et nos services envers vous.)

Avant de soumettre votre demande de règlement dans le but d'obtenir des prestations, veuillez lire attentivement votre certificat d'assurance, en particulier la section intitulée « EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS ».

En vertu des conditions et des exclusions de la police, une preuve de demande de règlement doit être soumise à notre compagnie, au moyen des formulaires qu'elle fournit, dans les **quatre-vingt-dix** jours suivant la date de l'événement ayant donné lieu à la demande de règlement. Une preuve de demande de règlement ne peut en aucun cas être considérée comme valide si celle-ci est soumise plus d'un an après la date de l'événement ayant donné lieu à la demande de règlement.

Nous souhaitons vous rappeler qu'il est de la responsabilité de la succession de continuer de verser les paiements à l'institution financière (créancier garanti) jusqu'à ce que la demande de règlement d'invalidité soit acceptée et approuvée par nous aux fins de paiement. Nous vous recommandons de communiquer avec l'institution financière afin de vous assurer que cette dernière est au courant de ces circonstances lors du traitement de votre demande de règlement. Toutes les demandes approuvées seront réglées conformément aux limites inscrites dans la police à la date du décès.

IL EST IMPORTANT DE PRÉSENTER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT RAPIDEMENT.

SUITE À LA RÉCEPTION DE VOS FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIS, NOUS VOUS AVISERONS :

- DE NOTRE BESOIN DE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU
- DU MOMENT OÙ VOTRE DEMANDE EST APPROUVÉE ET DONNE LIEU AU PAIEMENT, LE CAS ÉCHÉANT
- DU FAIT QUE VOTRE DEMANDE NE PEUT ÊTRE TRAITÉE, LE CAS ÉCHÉANT, EN VOUS INDIQUANT POURQUOI

LES DÉPENSES INITIALEMENT ENCOURUES AFIN DE FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS EXIGÉS POUR LA PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RELÈVENT DE LA RESPONSABILITÉ DE LA SUCCESSION.

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) puisse déterminer si cette demande de règlement est payable, il nous faudra possiblement obtenir des renseignements supplémentaires au nom de la succession afin de mieux pouvoir déterminer l'admissibilité.

Pour ce faire, il se pourrait que nous devions communiquer avec un ou des *médecins, l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements médicaux personnels (antécédents médicaux, l'*organisme provincial des services de santé* afin d'obtenir un descriptif des prestations payées) ainsi qu'avec le pharmacien pour obtenir une liste des médicaments prescrits.

En cas d'accident de véhicule routier (ou de blessure aiguë, s'il y a lieu), nous pourrions exiger des renseignements au sujet de l'accident à l'*organisme d'application de la loi* applicable et à la *compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, comme toutes les prestations approuvées sont transmises directement à l'institution financière afin d'être appliquées au prêt, il nous faudra communiquer avec celle-ci aux fins de vérification du prêt et d'obtention des renseignements à jour sur le statut du compte. La CAFC pourrait également informer l'*institution financière (créancier garanti)* de l'état de cette demande.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera lorsque des renseignements seront demandés au nom de la succession. S'il vous faut des précisions concernant la nécessité de demander tout renseignement en votre nom, n'hésitez pas à communiquer avec notre département des demandes de règlements.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en nous avisant par écrit.

En aucun cas, sauf lorsque la loi l'exige, la CAFC ne divulguera à une tierce partie les renseignements obtenus par biais de la présente autorisation de divulgation de renseignements.

J'autorise par la présente tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial des services de santé, hôpital, institution financière (créancier garanti), employeur, organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements et tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé et sur l'emploi de l'assuré, à divulguer les renseignements nécessaires à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme aussi valable que le document original.

Nom de la personne défunte dont les renseignements médicaux doivent être divulgués

Signature du représentant de la succession

Nom en caractères d'imprimerie

Relation avec le défunt

Numéro de certificat
(Voir la demande d'assurance)

Date

Ce consentement est valable pour :

- La durée de la police
- La présente demande de règlement seulement
- Autre _____

Signature du témoin

Nom du témoin en caractères d'imprimerie

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) puisse déterminer si cette demande de règlement est payable, il nous faudra possiblement obtenir des renseignements supplémentaires au nom de la succession afin de mieux pouvoir déterminer l'admissibilité.

Pour ce faire, il se pourrait que nous devions communiquer avec un ou des *médecins, l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements médicaux personnels (antécédents médicaux, *l'organisme provincial des services de santé* afin d'obtenir un descriptif des prestations payées) ainsi qu'avec le pharmacien pour obtenir une liste des médicaments prescrits.

En cas d'accident de véhicule routier (ou de blessure aiguë, s'il y a lieu), nous pourrions exiger des renseignements au sujet de l'accident à *l'organisme d'application de la loi applicable et à la compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, comme toutes les prestations approuvées sont transmises directement à l'institution financière afin d'être appliquées au prêt, il nous faudra communiquer avec celle-ci aux fins de vérification du prêt et d'obtention des renseignements à jour sur le statut du compte. La CAFC pourrait également informer *l'institution financière (créancier garanti)* de l'état de cette demande.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera lorsque des renseignements seront demandés au nom de la succession. S'il vous faut des précisions concernant la nécessité de demander tout renseignement en votre nom, n'hésitez pas à communiquer avec notre département des demandes de règlements.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en nous avisant par écrit.

En aucun cas, sauf lorsque la loi l'exige, la CAFC ne divulguera à une tierce partie les renseignements obtenus par biais de la présente autorisation de divulgation de renseignements.

J'autorise par la présente tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial des services de santé, hôpital, institution financière (créancier garanti), employeur, organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements et tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé et sur l'emploi de l'assuré, à divulguer les renseignements nécessaires à la Corporation d'assurance First Canadian. Une télécopie ou une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme aussi valable que le document original.

Nom de la personne défunte dont les renseignements médicaux doivent être divulgués

Signature du représentant de la succession

Nom en caractères d'imprimerie

Relation avec le défunt

Numéro de certificat
(Voir la demande d'assurance)

Date

Ce consentement est valable pour :

- La durée de la police
- La présente demande de règlement seulement
- Autre _____

Signature du témoin

Nom du témoin en caractères d'imprimerie

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

SECTION 1 - PRÉCISIONS SUR L'ASSURÉ

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| NOM LÉGAL COMPLET DU DÉFUNT <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme. | DERNIÈRE ADRESSE DU DÉFUNT | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR |
| NO DE TÉLÉPHONE (INDIQUEZ L'INDICATIF RÉGIONAL) RÉSIDENTIEL () TRAVAIL () | VILLE / PROVINCE CODE POSTAL | NUMÉRO DE CERTIFICAT (Voir la demande d'assurance) NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIAL |

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'OBLIGATION FINANCIÈRE

| | | |
|--|---|--|
| DATE D'ACHAT DU VÉHICULE ANNÉE MOIS JOUR | NOM DU CONCESSIONNAIRE OÙ LE VÉHICULE A ÉTÉ ACHETÉ | |
| DESCRIPTION DU VÉHICULE ANNÉE MARQUE MODÈLE | | |
| NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU VÉHICULE (NIV) | [] | |
| INSTITUTION FINANCIÈRE (CRÉANCIER GARANTI) | ADRESSE DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE (CRÉANCIER GARANTI) | TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR () |
| CE PRÊT A-T-IL ÉTÉ RENOUVELÉ OU RÉVISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER | NUMÉRO DU PRÊT | PAIEMENT MENSUEL |
| VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU CONTRAT DE FINANCEMENT OU DE LA LOCATION (S'IL EXISTE DES ADDENDAS ET DES RÉVISIONS, VEUILLEZ INCLURE CETTE DOCUMENTATION) | | |
| DISPOSEZ-VOUS DE PLUS D'UN PRÊT OU LOCATION EN COURS ASSURÉS PAR LA CORPORATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON LE CAS ÉCHÉANT, VOUS DEVREZ FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS À LA SECTION 2 EN CE QUI A TRAIT À VOS AUTRES OBLIGATIONS FINANCIÈRES. | | |

SECTION 3 - PRÉCISIONS SUR LE DEMANDEUR

| | | |
|--|---|--|
| NOM DE LA PERSONNE SIGNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) | ADRESSE | RELATION AVEC L'ASSURÉ <input type="checkbox"/> CONJOINT <input type="checkbox"/> FILS / FILLE <input type="checkbox"/> EXÉCUTEUR / EXÉCUTRICE <input type="checkbox"/> CONSEILLER JURIDIQUE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ CI-DESSOUS) |
| TÉLÉPHONE (VEUILLEZ INCLURE L'INDICATIF RÉGIONAL) | VILLE / PROVINCE | |
| CODE POSTAL | COURRIEL : ACCEPTÉZ-VOUS DE CORRESPONDRE PAR COURRIEL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU DOCUMENT DE LA SUCCESSION, TEL QU'UNE PREUVE DE STATUT D'EXÉCUTEUR, VOUS AUTORISANT À PRÉSENTER UNE DEMANDE DANS LE CADRE DE CETTE AFFAIRE. | | |

| |
|---|
| LA DEMANDE DE RÈGLEMENT EST-ELLE DUE À UN ACCIDENT DE VÉHICULE ROUTIER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| LE VÉHICULE ASSURÉ EN VERTU DE CETTE POLICE A-T-IL ÉTÉ IMPLIQUÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Continue à la page suivante

| | | |
|--|---|--|
| L'ASSURÉ A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SI OUI, QUEL EST LE NOM DE L'HOPITAL VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT DE LA SALLE D'URGENCE ET DU SOMMAIRE D'HOSPITALISATION | DATES D'HOSPITALISATION DU AU |
| NOM DU MÉDECIN TRAITANT POUR CETTE MALADIE | ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL | N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR () |
| NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE DE L'ASSURÉ QUAND EST-CE QUE L'ASSURÉ EST DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN? | ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL | N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR () |
| NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION QUAND EST-CE QUE L'ASSURÉ EST DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN? | ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL | N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE () TÉLÉCOPIEUR () |
| VEUILLEZ INDIQUER LA OU LES PHARMACIES OÙ L'ASSURÉ OBTENAIT SES MÉDICAMENTS PRESCRITS 1. | NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE | MÉDICAMENTS PRESCRITS |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUTES LES AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCES AUPRÈS DESQUELS L'ASSURÉ A SOUSCRIT UNE PROTECTION D'ASSURANCE, AINSI QUE LEURS ADRESSES, NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ET LES COORDONNÉES DES PERSONNES-RESSOURCES.

VEUILLEZ NOUS FOURNIR TOUT RENSEIGNEMENT SUPPLÉMENTAIRE QUI, SELON VOUS, AIDERAIT À STATUER LA PRÉSENTE DEMANDE.

ATTESTATION

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS. JE DEMANDE PAR LA PRÉSENTE À LA CORPORATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN D'ÉVALUER LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT CONFORMÉMENT AUX CONDITIONS GÉNÉRALES ET RESTRICTIONS DE LA POLICE COLLECTIVE EN VERTU DE LAQUELLE LA PERSONNE DÉFUNTE ÉTAIT TITULAIRE DE CERTIFICAT. JE COMPRENDS QUE TOUTES LES CONVERSATIONS TÉLÉPHONIQUES AVEC DES REPRÉSENTANTS DE LA CAFCC SONT ENREGISTRÉES AUX FINS D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ, DE FORMATION ET DE RÉOLUTION DES LITIGES.

| | |
|--|---|
| SIGNÉ À VILLE PROV | DATE ANNÉE MOIS JOUR |
| SIGNATURE D'UN REPRÉSENTANT DE L'ASSURÉ OU DU DEMANDEUR | INDIQUER CLAIREMENT LE NOM EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE |
| SIGNATURE DU TÉMOIN | INDIQUER CLAIREMENT LE NOM EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE |

TOUS FRAIS ENCOURUS AFIN DE COMPLÉTER LE PRÉSENT FORMULAIRE OU LA COLLECTE DE DOCUMENTS CONNEXES SONT À LA CHARGE DU REPRÉSENTANT DU TITULAIRE DU CERTIFICAT.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

| | | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|---------------------|--|
| NOM LÉGAL COMPLET DU DÉFUNT (En caractères d'imprimerie) | | | | | |
| DATE DE NAISSANCE | | CE PATIENT EST À VOTRE CHARGE DEPUIS QUELLE DATE? | | DATE DU DÉCÈS | |
| ANNÉE / MOIS / JOUR | | ANNÉE / MOIS / JOUR | | ANNÉE / MOIS / JOUR | |
| CAUSE DU DÉCÈS : PRINCIPALE | | | | | |
| ----- | | | | | |
| EN RAISON DE OU À LA SUITE DE : | | | | | |
| ----- | | | | | |
| ----- | | | | | |
| EST-CE QUE LES DROGUES ET/OU L'ALCOOL ÉTAIENT UN FACTEUR? | | OUI / NON | SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER. | | |
| | | | | | |
| 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 ÉTÉ EFFECTUÉE? <small>(le cas échéant, veuillez fournir une copie du rapport)</small> |
| OUI / NON | | | | | |
| DÉCRIEZ BRIÈVEMENT LES CIRCONSTANCES DU DÉCÈS : | | | | | |
| | | | | | |
| VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS (SI DISPONIBLE) | | | | | |
| VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DE LA PREMIÈRE CONSULTATION (AUPRÈS DE TOUT PROFESSIONNEL MÉDICAL DE LA SANTÉ) LIÉE À L'ÉTAT PHYSIQUE ET/OU TOUT SYMPTÔMES AYANT ENTRAÎNÉ LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ. | | | | ANNÉE | MOIS / JOUR |
| VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES DE CONSULTATION, LES DÉTAILS CONCERNANT LA DATE D'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION APPUYANT LE DIAGNOSTIC. | | | | | |
| | | | | | |
| VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ IMPLIQUÉS. S'IL EXISTE DES RAPPORTS QUE L'ON PEUT OBTENIR AUPRÈS DE CES SOURCES, VEUILLEZ LES INCLURE DANS VOTRE RÉPONSE. | | | | | |
| | | | | | |

J'ATTESTE QUE LES PRÉSENTS RENSEIGNEMENTS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.

| | |
|------------------------|--|
| SIGNATURE DU MÉDECIN | NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN, EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE |
| DATE (ANNÉE/MOIS/JOUR) | |

TOUS FRAIS ENCOURUS AFIN DE COMPLÉTER LE PRÉSENT FORMULAIRE OU LA COLLECTE DE DOCUMENTS CONNEXES SONT À LA CHARGE DU REPRÉSENTANT DU TITULAIRE DU CERTIFICAT.