

Demande de règlement assurance vie - Directives

**** Afin d'éviter des retards inutiles dans le traitement de cette demande, veuillez lire attentivement les directives.**

Pour une réclamation d'assurance-vie de base, assurance-vie additionnelle ou assurance-vie de personne à charge :

Le bénéficiaire (demandeur) doit remplir le formulaire *Déclaration du bénéficiaire (demandeur)* et soumettre le formulaire de demande dûment rempli en faisant suivre les documents suivants directement à Assomption Vie ou par l'entremise du preneur de la police d'assurance collective :

- Déclaration du médecin traitant (**non applicable pour une réclamation d'assurance-vie de personne à charge**)
- Certificat de décès provincial ou certificat de décès émis par le directeur du salon funéraire
- Certificat de naissance de la personne décédée

Veillez noter que cette liste de documents à fournir est destinée à couvrir les situations les plus courantes. Certaines circonstances exceptionnelles peuvent exiger des renseignements supplémentaires avant qu'une décision puisse être prise au niveau de la réclamation.

Bénéficiaire (demandeur)

1. Si la police est payable à un ou des bénéficiaire(s) désigné(s) :

- a. Cette déclaration doit être remplie par le bénéficiaire (demandeur). S'il y a plus d'un bénéficiaire désigné, tous les bénéficiaires doivent signer la déclaration et fournir leur adresse respective ou, s'ils préfèrent, obtenir et remplir des formulaires séparés.
- b. Si un bénéficiaire désigné est mineur, cette déclaration doit être remplie en son nom par son tuteur ou par toute autre personne autorisée par la loi. Une copie certifiée des lettres de désignation de tutelle doit être soumise, le cas échéant.
- c. Si un bénéficiaire désigné est décédé, une preuve de son décès doit être fournie.
- d. Si la succession de l'assuré est le bénéficiaire, ce formulaire doit être rempli par l'exécuteur nommé dans le testament de la personne décédée, et une copie notariée du testament doit être soumise. Dans la province du Québec, une copie certifiée du testament notarié est requise. S'il n'y a aucun testament, ce formulaire doit être rempli par l'administrateur de la succession de la personne décédée, et une copie notariée des lettres d'administration doit être jointe. Dans la province du Québec, ce formulaire doit être rempli par les héritiers, et l'Acte d'hérédité notarié doit être soumis.

2. Si la police n'a aucun bénéficiaire désigné :

- a. Si aucun bénéficiaire ne survit à la personne décédée, ce formulaire doit être rempli par la succession de la personne décédée.
- b. Si la personne décédée a laissé un testament, ce formulaire doit être rempli par l'exécuteur nommé dans le testament, et une copie notariée du testament doit être soumise. Dans la province du Québec, une copie certifiée du testament notarié est requise.
- c. Si la personne décédée n'a laissé aucun testament, ce formulaire doit être rempli par l'administrateur de la succession, et une copie notariée des lettres d'administration doit être jointe. Dans la province du Québec, ce formulaire doit être rempli par les héritiers, et l'Acte d'hérédité notarié doit être soumis.

3. Attester la signature sur le formulaire de bénéficiaire :

- a. Les personnes qui servent de témoins sur des documents légaux attestent que la signature sur le document est bien celle de la personne identifiée sur ce document, un témoin doit être âgé de plus de 18 ans au moment où il témoigne d'une signature. Votre conjoint ou un autre membre de votre famille ne doit pas servir de témoin lorsque vous signez un document légal. Même si aucun des parties n'est nommé dans le document, la Cour estime que votre conjoint et membre de votre famille ont un intérêt dans votre propriété.

4. Le numéro d'assurance sociale (NAS) du bénéficiaire :

Le numéro d'assurance sociale (NAS) du bénéficiaire est demandé dans les cas où nous aurions à payer 50 \$ ou plus d'intérêt sur le montant de la prestation de décès. Si la succession du défunt est le demandeur, le NAS de la personne décédée est nécessaire.

5. Pour une réclamation de décès d'une personne à charge, l'employé de la Province du Nouveau-Brunswick est le bénéficiaire.

Bénéficiaire (demandeur) (suite)

À noter :

Veillez retourner toute documentation requise à l'adresse suivante. **Veillez ne pas utiliser d'agrafes.**

ASSOMPTION VIE, a/s Assurance Collective
C.P. 160 / 770 rue Main
Moncton NB E1C 8L1
Téléphone : 1-855-244-7011 Télécopieur : 1-855-401-9068

Il vous est également possible de **numériser** les formulaires et de les **envoyer par courriel** à l'adresse suivante :
vieinvalidite@assomption.ca

Médecin traitant (non applicable pour une réclamation d'assurance-vie de personne à charge)

1. Veuillez remplir la déclaration médicale *Déclaration du médecin traitant*, en ayant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Il demeure la responsabilité du bénéficiaire (demandeur) de défrayer les frais engendrés pour faire remplir le formulaire par le médecin traitant de la personne décédée.
3. Le médecin traitant va envoyer toute information requise directement à Assomption Vie.

Autorisation de dépôt direct

Les bénéficiaires qui choisissent d'avoir les avantages déposés directement dans leur compte bancaire doivent remplir et inclure l'autorisation de dépôt direct à la déclaration du bénéficiaire avant de soumettre le tout à Assomption Vie.

Demande de règlement assurance vie Déclaration du bénéficiaire

_____ _____ 954
 Prénom de la personne décédée Nom de la personne décédée Police

**** Veuillez attacher le certificat de naissance de l'employée** Cause du décès : _____

_____ _____ ____/____/____
 Prénom du bénéficiaire Nom du bénéficiaire Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

_____ _____ _____ _____
 Adresse du bénéficiaire Ville Province Code postal

_____ _____ _____
 Numéro de téléphone de la résidence du bénéficiaire Numéro de téléphone au travail du bénéficiaire Numéro de téléphone du cellulaire du bénéficiaire

_____ _____ Sexe : F M
 Numéro d'assurance social Relation avec l'assuré(e)

A quel titre faites-vous cette demande de prestations? Bénéficiaire Exécuteur Fiduciaire Autre (spécifier) _____

_____ _____ ____/____/____
 Prénom du bénéficiaire Nom du bénéficiaire Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

_____ _____ _____ _____
 Adresse du bénéficiaire Ville Province Code postal

_____ _____ _____
 Numéro de téléphone de la résidence du bénéficiaire Numéro de téléphone au travail du bénéficiaire Numéro de téléphone du cellulaire du bénéficiaire

_____ _____ Sexe : F M
 Numéro d'assurance social Relation avec l'assuré(e)

A quel titre faites-vous cette demande de prestations? Bénéficiaire Exécuteur Fiduciaire Autre (spécifier) _____

_____ _____ ____/____/____
 Prénom du bénéficiaire Nom du bénéficiaire Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

_____ _____ _____ _____
 Adresse du bénéficiaire Ville Province Code postal

_____ _____ _____
 Numéro de téléphone de la résidence du bénéficiaire Numéro de téléphone au travail du bénéficiaire Numéro de téléphone du cellulaire du bénéficiaire

_____ _____ Sexe : F M
 Numéro d'assurance social Relation avec l'assuré(e)

A quel titre faites-vous cette demande de prestations? Bénéficiaire Exécuteur Fiduciaire Autre (spécifier) _____

_____ _____ ____/____/____
 Prénom du bénéficiaire Nom du bénéficiaire Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

_____ _____ _____ _____
 Adresse du bénéficiaire Ville Province Code postal

_____ _____ _____
 Numéro de téléphone de la résidence du bénéficiaire Numéro de téléphone au travail du bénéficiaire Numéro de téléphone du cellulaire du bénéficiaire

_____ _____ Sexe : F M
 Numéro d'assurance social Relation avec l'assuré(e)

A quel titre faites-vous cette demande de prestations? Bénéficiaire Exécuteur Fiduciaire Autre (spécifier) _____

Autorisation et attestation du bénéficiaire

Je confirme par la présente qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont véridiques et complets.

Par la présente, j'autorise à Assomption Vie à consulter, à copier ou à réviser tout dossier qu'elle possède sur la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la demande de règlement pour la personne décédée. Je permets également l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale aux fins de cette demande.

Par la présente, j'autorise tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité du travail, le titulaire de la police, tout employeur, ainsi que toute autre personne, toute organisation ou institution publique ou privée à communiquer à Assomption Vie ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier ou toute information d'ordre personnel ou médical ainsi que toute autre information concernant la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la demande de règlement d'assurance vie de la personne décédée.

Je comprends et je reconnais qu'en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, tout employeur ou toute autre partie, prévue par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Je reconnais qu'une copie de ce formulaire a la même valeur que l'original.

S'il y a plusieurs bénéficiaires, une signature est requise pour chacun.

Bénéficiaire

Date (JJ/MM/AAA)

Bénéficiaire

Date (JJ/MM/AAA)

Bénéficiaire

Date (JJ/MM/AAA)

Bénéficiaire

Date (JJ/MM/AAA)

Signature du demandeur (si autre qu'un bénéficiaire désigné)

Date (JJ/MM/AAA)

Témoin

Date (JJ/MM/AAA)

Demande de règlement assurance vie – déclaration du médecin

Instructions:

1. Veuillez répondre à chacune des questions afin d'éviter des délais dans l'étude du dossier.
2. Veuillez attacher au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats de tests ou différents examens et rapports de consultations avec spécialistes).
3. Veuillez retourner le document au complet, en incluant chaque page, à l'adresse suivante. Veuillez ne pas utiliser d'agrafes.

ASSOMPTION VIE, a/s Assurance Collective
C.P. 160 / 770 rue Main
Moncton NB E1C 8L1
Téléphone : 1-855-244-7011 Télécopieur : 1-855-401-9068

4. Il vous est également possible de numériser les formulaires et de les envoyer par courriel à l'adresse suivante :
vieinvalidite@assomption.ca

Prénom de la personne décédée _____ Nom _____ Police 954

1. Date du décès : (JJ/MM/AAAA) ____/____/____

Résidence au décès : _____

Si dans un hôpital ou une autre institution, veuillez indiquer le nom : _____

Lieu du décès : _____

2. Cause du décès :

	Intervalle entre le début de l'état morbide et le décès
Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès. (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : défaillance cardiaque, syncope, etc., mais plutôt de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné la mort.) _____ _____ _____	
Causes antécédentes (États morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité. Veuillez indiquer l'état morbide initial en dernier lieu) a) _____ _____ _____ b) _____ _____ _____ c) _____ _____ _____	a) b) c)

3. Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui a provoqué le décès) : _____

4. Date des **premiers** soins pour la dernière maladie : (JJ/MM/AAAA) ____/____/____

Date des **derniers** soins pour la dernière maladie : (JJ/MM/AAAA) ____/____/____

Section 2 – À être remplie par le médecin traitant

5. Si le décès est dû à un accident, à un suicide ou à un homicide, veuillez le spécifier et décrivez-le brièvement. _____

Y-a-t-il eu une enquête? Oui Non

Y-a-t-il eu une autopsie? Oui Non

Si oui, indiquez par qui et donnez les constatations. _____

6. Avez-vous traité la personne susmentionnée ou vous a-t-elle consulté au cours des trois (3) années précédant la dernière maladie?
 Oui Non Si oui, veuillez préciser :

Nature de la maladie ou de la blessure	Dates (JJ/MM/AAAA)

7. Au cours des trois (3) dernières années, cette personne a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou une autre institution? Oui Non Si oui, veuillez préciser :

Nature de la maladie ou de la blessure	Médecin, hôpital ou institution	Adresse complète	Date(s) (JJ/MM/AAAA)

Prénom du médecin _____ Nom _____

Adresse complète _____

Téléphone _____ Télécopieur _____


Omnipraticien Spécialiste (préciser) _____ Autre (préciser) _____

Signature du médecin traitant

Date (JJ/MM/AAAA)

À NOTER: TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR.

Autorisation de dépôt direct

Information générale	Police : <u> 954 </u> Prénom : _____ Nom : _____ Adresse : _____ _____ _____ Téléphone : _____
Information bancaire	Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL » ou fournir votre information bancaire ci-dessous si un chèque n'est pas disponible. Nom de l'institution financière : _____ Adresse de l'institution financière : _____ _____ _____ Insérer les numéros figurant sur le bas du chèque, tel que démontré dans l'exemple suivant. Numéro de succursale : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Numéro de l'institution financière : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Numéro de compte : _____
Autorisation	Par la présente, j'autorise et demande à Assomption Vie de déposer les sommes qui me sont dues dans mon compte bancaire chez l'institution bancaire mentionnée ci-dessus ou sur le chèque ci-joint. Cette autorisation peut être annulée à tout moment moyennant un préavis écrit de ma part.
Date et Signature	_____ Signataire autorisé _____ Date (JJ/MM/AAAA)

Veuillez inclure l'autorisation de dépôt direct à la déclaration du bénéficiaire et envoyer à :

ASSOMPTION VIE, a/s Assurance Collective
C.P. 160 / 770 rue Main
Moncton NB E1C 8L1
Téléphone : 1-855-244-7011 Télécopieur : 1-855-401-9068

Il vous est également possible de **numériser** les formulaires et de les **envoyer par courriel** à l'adresse suivante :
vieinvalidite@assomption.ca