



**Police collective 51000**

- Directives : 1. Remplir les parties 2 et 3 si le décès survient dans les deux années suivant la date de la proposition d'assurance ou d'une avance de fonds, ou si le décès est attribuable à un accident.  
 2. Joindre l'original ou une copie certifiée du certificat de décès, ou du certificat du salon funéraire et l'original de toutes les propositions d'assurance.  
 3. Veuillez envoyer tous les documents au Centre des services d'assurance, C.P. Box 53, Succursale A, Mississauga, Ontario L5A 2Y9, transit n° 04523.  
 4. Si vous avez des questions, appelez sans frais le Centre des services d'assurance, au 1 800 ROYAL 2-3 ou 1 800 769-2523.  
 5. Le Centre des services d'assurance ajoutera aux présents documents des renseignements sur le prêt assuré et les enverra à l'assureur.

**Partie 1 - Renseignements d'ordre général**

Nom de l'entreprise		Personne-ressource		
Adresse				
N° FCR de l'entreprise	N° de téléphone	N° de télécopieur	N° de la succursale	N° du prêt

Directeur de comptes	N° de téléphone	N° de télécopieur
----------------------	-----------------	-------------------

Prénom de la personne décédée/ initiales		Nom de famille de la personne décédée		
Dernière adresse				
N° FCR personnel	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date du décès (jj/mm/aaaa)	Montant d'assurance vie	
Cause du décès				

**Partie 2 - Déclaration du médecin**

Nom au complet de la personne décédée	Date à laquelle la dernière maladie a commencé ___/___/___ (jj/mm/aaaa)
Lieu du décès	Date du décès (jj/mm/aaaa) ___/___/___
Cause immédiate du décès	Le décès est-il dû à (x)
Cause contributive du décès	<input type="checkbox"/> des causes naturelles <input type="checkbox"/> un suicide <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un homicide

Si le décès est attribuable à des causes autres que naturelles, veuillez préciser et fournir une copie du rapport de police, d'incendie ou du coroner

Au meilleur de votre connaissance, la personne décédée avait-elle jamais fait usage de produits du tabac?      Oui      Non      Oui, mais a cessé le  
 (X)              \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 (jj/mm/aaaa)

Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des cinq années précédant le décès ?      (X)      

Si oui, précisez (dates, maladie/blessure) \_\_\_\_\_

Si oui, précisez : la personne décédée avait-elle été traitée au cours des cinq dernières années par un médecin, un professionnel de la santé ou dans un hôpital ou tout autre établissement médical ? Si oui, précisez :      (X)      Oui      Non  
           

Date	Nom du médecin/de l'hôpital	Adresse	Détails

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	N° de téléphone	N° de télécopieur
Adresse	Ville	Province
		Code postal

À ma connaissance, les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques.      Signature du médecin      Date (jj/mm/aaaa)  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Police collective 51000

Nom de l'entreprise

Personne-ressource

Prénom de la personne décédée / initiales

Nom de famille de la personne décédée

**Partie 3 - Déclaration du plus proche parent**

Donnez votre lien de parenté avec la personne décédée

Au meilleur de votre connaissance, la personne décédée avait-elle jamais (X) fait usage de produits du tabac ?

Oui

Non

Oui, mais a cessé le  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

À quelle date, pour la première fois, la personne décédée s'était-elle plainte de sa dernière maladie ou avait-elle consulté un médecin à ce sujet ?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Noms et adresses des médecins traitants de la personne décédée et des hôpitaux où la personne décédée avait été traitée au cours des cinq années précédant le décès.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Adresse	Date (jj/mm/aaaa)	État pathologique

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de service à recueillir, à utiliser et à échanger les renseignements concernant \_\_\_\_\_ (personne assurée), qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement au titre du présent régime, avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande de règlement, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance.

Je reconnais que les renseignements qui ont trait à la présente demande de règlement pourraient être passés en revue si le régime venait à faire l'objet d'une vérification.

Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même validité que l'original.

Nom du plus proche parent (en caractères d'imprimerie)	Signature du plus proche parent	Date (jj/mm/aaaa) ____/____/____
--	---------------------------------	-------------------------------------

\* La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est une société membre du groupe Financière Sun Life. ® Marque déposée de la Banque Royale du Canada.