

Le fait de fournir ce formulaire ne constitue pas pour la compagnie une admission de responsabilité et ne la prive d'aucun de ses droits.

Demandeur doit remplir cette section

NUMÉRO DU CERTIFICAT EN VERTU DUQUEL UNE RÉCLAMATION EST SOUMISE	NUMÉRO(S) DU (DES) PRÊT(S):
CONCESSIONNAIRE	DATE DE L'ACHAT J J M M M M A A A A
NOM DE LA SOCIÉTÉ DE FINANCEMENT/CAISSE POPULAIRE	ADRESSE:
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA SOCIÉTÉ DE FINANCEMENT ET LE NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER	

Veuillez fournir l'information suivante concernant la personne décédée

NOM COMPLET DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	ADRESSE DU DOMICILE
DATE DU DÉCÈS J J M M M M A A A A	CAUSE DU DÉCÈS
LIEU DU DÉCÈS (i.e. domicile, hôpital, travail, etc.) et fournir le nom et adresse	DATE ET LIEU DE NAISSANCE J J M M M M A A A A
	OCCUPATION

Nom et adresse de tout médecin qui traite la personne décédée dans les cinq dernières années

Nom	Adresse	Date	Raison
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE		J J M M M M A A A A	
AUTRES MÉDECINS		J J M M M M A A A A	
		J J M M M M A A A A	
		J J M M M M A A A A	
		J J M M M M A A A A	
		J J M M M M A A A A	

Faits relatifs aux autres polices d'assurance-vie et accident sur la vie de la personne décédée

Nom de la Compagnie	Date de la Police	Montant de l'Assurance
	J J M M M M A A A A	
	J J M M M M A A A A	
	J J M M M M A A A A	

À compléter par le demandeur

VOTRE NOM (LETTRES MOULÉES)		
VOTRE ADRESSE COMPLÈTE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Votre lien avec la personne décédée: _____

Autorisation

À titre d'ayant droit de l'assuré(e), je CONSENS À DONNER les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande à Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. et je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter, administrer cette demande et la couverture de la police d'assurance. J'AUTORISE tout autre assureur, réassureur et établissement financier; médecin, établissement médical et fournisseur de soins de santé; employeur et administrateur d'assurance collective; agent ou courtier; agence d'enquête et de rapports de crédit, et toute personne et organisation susceptible d'avoir des renseignements personnels pertinents à la réclamation de décès de l'assuré(e), à communiquer ces renseignements à l'Industrielle Alliance Pacifique.

J'AUTORISE INDUSTRIELLE ALLIANCE PACIFIQUE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC. à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance, avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent pour les objectifs désignés ci-dessus ou tels qu'autorisés par moi-même ou légalement requis.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

EXÉCUTEUR ADMINISTRATEUR AUTRE : _____

Signature du demandeur	Signature du témoin	Date de la signature J J M M A A A A
------------------------	---------------------	---

* S.V.P. retourner avec un ORIGINAL du certificat de décès * Si vous désirez qu'il vous soit retourné, cochez ici

Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc., 2165 Broadway O, C.P. 5900, Vancouver, C.-B. V6B 5H6