

PREUVE DE SINISTRE

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

- 1 **a.** Nom complet du défunt _____ **b.** Date de naissance _____
- c.** Résidence du défunt _____ **d.** Profession du défunt _____
2. Date du décès _____
3. Cause immédiate du décès ? _____
4. Quand le défunt a-t-il consulté un médecin au sujet de sa dernière maladie ? _____
5. Numéro(s) de police(s) ou d'attestation(s) d'assurance CUMIS en vertu desquelles vous présentez cette demande

- 6 **a.** NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE DU DÉFUNT _____
 ADRESSE _____
Numéro et rue Ville Province Code postal
- b.** NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE ANTÉRIEUR _____
 (Si le médecin susmentionné n'était pas le médecin du défunt au cours des 3 dernières années)
 ADRESSE _____
Numéro et rue Ville Province Code postal
7. NOM DU SPÉCIALISTE _____
 ADRESSE _____
Numéro et rue Ville Province Code postal
- 8 **a.** De quel droit ou à quel titre présentez-vous cette demande ? _____
b. Quelle est votre date de naissance ? _____ **c.** Votre numéro d'assurance sociale _____

ATTESTATION : J'atteste par la présente que les renseignements contenus dans cette déclaration sont, à ma connaissance, complets et véridiques.

Daté à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Nom du demandeur _____ Signature _____

Adresse du demandeur _____ No de téléphone : Code rég. (_____) _____

Nom du témoin _____ Signature _____

Adresse du témoin _____

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS

J'autorise tout médecin, hôpital, assureur, employeur ou toute autre organisation ou personne qui possède des archives, données ou renseignements concernant _____, à transmettre sur demande de La Compagnie d'assurance-vie CUMIS, de telles archives, données ou de tels renseignements.

Je reconnais que les renseignements personnels fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de gestion des sinistres et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.

Une photocopie de cette Autorisation aura la validité de l'originale.

Je renonce par la présente à tout privilège concernant lesdits renseignements.

Daté ce _____ jour de _____, 20 _____

TÉMOIN

SIGNATURE

LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DÉFUNT