

Preuve de décès en vertu de la garantie Accident

Réclamation-décès

Pour accélérer le traitement de votre demande, veuillez :

1. Répondre à toutes les questions de ce formulaire et le faire signer par le demandeur.
2. Fournir une copie de la déclaration de décès dûment remplie par le médecin et le certificat de décès.
3. Return the completed claims forms to the address on page 2.

Partie 1 –Caisse Populaire

Caisse populaire

Adresse (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)

Personne ressource

Titre

Numéro de téléphone

Adresse électronique

Partie 2 – Renseignements relatifs au demandeur

1. En vertu de quelle garantie présentez-vous votre demande ?

- Collective contre les accidents Accidents criminels Accidents des titulaires de compte

Nom du demandeur

Adresse (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)

2. Lien de parenté avec le défunt : Conjoint Exécuteur testamentaire Autre :

Partie 3 – Renseignements relatifs au défunt

Nom

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Âge à la date du décès

Profession

La Preuve de sinistre en vertu de la garantie Accident est souscrite par La Compagnie d'assurance générale CUMIS.

Preuve de décès en vertu de la garantie Accident – Réclamation-décès

Partie 4 – Renseignements relatifs à l'accident

Date de l'accident (jj/mm/aaaa)	Heure de l'accident <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Décrivez en détail où et comment l'accident s'est produit.	

Partie 5 – Renseignements relatifs au décès

Date du décès (jj/mm/aaaa)	Lieu du décès (si hôpital ou établissement, veuillez indiquer le nom)
Cause du décès	
De quelles maladies ou blessures a souffert le défunt dans les trois dernières années ?	
Le défunt souffrait-il d'une maladie ou déficience au moment de l'accident ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si « OUI », veuillez expliquer et indiquer le nom du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	

Partie 6 – Signatures

Signature du demandeur	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du témoin	Date (jj/mm/aaaa)

Veuillez vous assurer d'inclure tous les documents requis

