

## 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