

Demande de règlement en cas de décès

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Police collective n° G68-1400

Une demande de règlement consiste en les documents suivants : formule 5948F (sections nos 1 et 2) et formule 5949F (sections nos 1, 2 et 3).

Directives à l'intention du demandeur (formule 5948F ci-jointe)

Veillez remplir et signer la section n° 1 du formulaire ci-joint. *Si la demande de règlement est présentée à la suite d'un décès accidentel, le médecin traitant devra remplir la section n° 2.* Une fois rempli, le formulaire doit être soumis directement à l'adresse suivante :

Service des règlements d'assurance-vie
Assurance collective
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
522, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Vous êtes tenu de régler les frais afférents à la préparation du formulaire.

Veillez fournir une réponse complète à toutes les questions.

Si les sommes dues sont payables à la succession du défunt, vous devez faire parvenir une copie certifiée des lettres d'homologation ou d'administration ainsi que le formulaire ci-joint.

Nota : La formule 5949F doit également être remplie.

Les renseignements fournis dans le formulaire ci-joint sont recueillis en vertu du mandat du Conseil du Trésor aux fins de la gestion du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la Fonction publique. Tous les renseignements sont strictement confidentiels.

Demande de règlement en cas de décès

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Police collective n° G68-1400

SECTION 1 : À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR.

La demande de règlement est présentée à la suite du décès du/de la				<input type="checkbox"/> Participant		<input type="checkbox"/> Personne à charge		
Nom de famille du participant		Prénom		Date de naissance du participant		N° individuel d'organisme (NIO) du participant		
				A	M	J		
Remplissez cette case si la demande de règlement est présentée au nom d'une personne à charge.								
Nom de famille de la personne à charge		Prénom		Lien de parenté avec le participant		Date de naissance de la personne à charge		
						A	M	J
Donnez la cause précise du décès.				Province de résidence du défunt		Date du décès		
						A	M	J
Nom de famille du demandeur		Prénom		Date de naissance du demandeur		N° d'assurance sociale du demandeur (exigé aux fins de l'impôt sur le revenu)		
				A	M	J		
Adresse du demandeur				Code postal		N° de téléphone du demandeur (facultatif)		
						()		
Lien de parenté entre le demandeur et le défunt				Si les sommes dues sont payables à la succession du défunt, une copie certifiée des lettres d'homologation ou d'administration est-elle jointe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Je, le demandeur, autorise, par les présentes, tout médecin ou praticien autorisés, tout hôpital, clinique ou établissement médical agréés, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, l'employeur du défunt ou tout autre organisme, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur le défunt ou sur son état de santé à divulguer intégralement lesdits renseignements à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Une photocopie ou une copie carbone de la présente autorisation est aussi valable que l'original.								
Signature du demandeur						Date		

SECTION 2 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT S'IL S'AGIT D'UN DÉCÈS ACCIDENTEL.

Nom de famille du patient		Prénom		Date de la première visite à l'égard de la blessure		Date du dernier traitement				
				A	M	J	A	M	J	
Donnez la nature exacte, l'endroit et la gravité des blessures subies :										

Nom du médecin traitant (en lettres moulées)										
Adresse du médecin traitant (numéro civique, rue, ville et province)								Code postal		
Signature du médecin traitant								Date		
								A	M	J

Demande de règlement en cas de décès

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Police collective n° G68-1400

Une demande de règlement consiste en les documents suivants : formule 5949F (sections nos 1, 2 et 3) et formule 5948F (sections nos 1 et 2).

Directives à l'intention du demandeur (formule 5949F ci-jointe)

Veillez remplir et signer la section n° 1 du formulaire ci-joint, puis le faire parvenir à l'agent du personnel du participant.

Veillez fournir une réponse complète à toutes les questions.

Si vous n'avez pas soumis l'acte de décès du participant ou, le cas échéant, celui de la personne à charge, à la Direction des pensions de retraite, nous vous suggérons de le joindre au présent formulaire.

Nota : La formule 5948F doit également être remplie.

Directives à l'intention de l'agent du personnel (formule 5949F ci-jointe)

Veillez remplir la section n° 1 du formulaire ci-joint et assurez-vous qu'elle a été dûment remplie. *Si la demande est présentée par suite du décès du participant, vous devez remplir et signer la section n° 2.* Veillez ensuite faire parvenir le formulaire à la Direction des pensions de retraite, Travaux publics et services gouvernementaux Canada.

Les renseignements fournis dans le formulaire ci-joint sont recueillis en vertu du mandat du Conseil du Trésor aux fins de la gestion du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la Fonction publique. Tous les renseignements sont strictement confidentiels.

Demande de règlement en cas de décès

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Police collective n° G68-1400

Bureau de la paie

SECTION 1 : À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR.

La demande de règlement est présentée à la suite du décès du/de la : Participant Personne à charge

Nom de famille du participant Prénom

Date de naissance du participant N° individuel d'organisme (NIO) du participant Date du décès (le cas échéant)
A M J A M J

Remplissez cette case si la demande de règlement est présentée au nom d'une personne à charge.

Nom de famille de la personne à charge Prénom Lien de parenté avec le participant Date de naissance Date du décès
A M J A M J

Nom de famille du demandeur Prénom

Adresse du demandeur Code postal N° de téléphone du demandeur (facultatif)
() | | | | | | | | | |

L'acte de décès a-t-il été soumis à la Direction des pensions de retraite? Oui Non
(Dans la négative, veuillez le joindre à la présente.)

Je, le demandeur, autorise, par les présentes, tout médecin ou praticien autorisés, tout hôpital, clinique ou établissement médical agréés, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, l'employeur du défunt ou tout autre organisme, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur le défunt ou sur son état de santé à divulguer intégralement lesdits renseignements à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Une photocopie ou une copie carbone de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Signature du demandeur

Date

SECTION 2 : À REMPLIR PAR LE BUREAU DU PERSONNEL DU PARTICIPANT.

Date de la dernière journée de travail effectif Donnez la raison précise de l'interruption de travail.
A M J

Dans le cas d'un participant à temps partiel Date d'effet des heures fixées Heures normales à plein temps par semaine
Heures de travail fixées par semaine A M J

Nom de l'agent du personnel (en lettres moulées) N° de téléphone de l'agent du personnel
() | | | | | | | | | |

Signature de l'agent du personnel Date
A M J

SECTION 3 : À REMPLIR PAR LA DIRECTION DES PENSIONS DE RETRAITE.

Par la présente, nous déclarons :

1. L'assurance en vigueur en date de l'accident dans les comptes suivants :

	Montant non réduit	Si l'assurance a été réduite : Pourcentage d'indemnisation	Date de/Âge à la réduction	Montant réduit
<input type="checkbox"/> Vie de base	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Vie complémentaire	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Vie après la retraite	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> M. et M.A. _____ unités	_____	_____	_____	_____

Protection pour les personnes à charge - conjoint et enfants Protection pour les personnes à charge - enfants seulement

2. Nous avons des preuves que le décès est survenu le _____.

3. Une preuve adéquate de la date de naissance du participant nous est parvenue et les copies ci-jointes de la carte d'adhésion, de la carte de changement de nom et de bénéficiaire(s), le cas échéant, représentent un extrait complet et exact de nos dossiers.

4. Une demande de revenu d'invalidité avait été n'avait pas été soumise avant le décès

Remarques :

Nom du représentant autorisé (en lettres moulées) Signature du représentant autorisé Date
A M J