

**Nous ne pourrions donner suite à cette demande de prestation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.**

- Veuillez remplir les sections A, B et C, faire remplir le formulaire Demande de prestation – Déclaration de l'employeur (n° 12123F) et nous fournir les documents requis.
- Ce formulaire doit être rempli par le bénéficiaire désigné ou, en l'absence d'un bénéficiaire, par le liquidateur de la succession.
- Si le bénéficiaire est inapte ou mineur, ce formulaire doit être rempli par son tuteur ou mandataire.
- S'il y a plus d'un bénéficiaire, chacun d'eux doit remplir un formulaire.
- Ce formulaire doit être retourné avec le certificat de décès. Avant de nous l'acheminer nous vous invitons à joindre notre Centre de contact client car d'autres documents pourraient être exigés.

**Pour nous joindre : 1 877 938-8191**
**A. Information concernant la personne décédée**

Nom		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance AAAA-MM-JJ		La personne décédée était-elle : <input type="checkbox"/> assurée principale <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> personne à charge	
Adresse - N°, rue			Ville		Province		Code postal		
Employeur de l'assuré principal				N° de contrat/groupe		N° de compte/division		N° d'identification de l'assuré	
Profession		État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Unie civilement <input type="checkbox"/> Conjointe de fait <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Séparée, date de la convention ou du jugement, s'il y a lieu : AAAA-MM-JJ <input type="checkbox"/> Divorcée le AAAA-MM-JJ							
1. Date du décès AAAA-MM-JJ		2. Lieu du décès			3. Cause du décès				
4. Nom et adresse des médecins qui ont traité la personne décédée au cours des 2 dernières années									
5. Le décès est-il le résultat d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui, date de l'accident AAAA-MM-JJ		6. Genre d'accident ou résumé des circonstances entourant l'accident			
7. S'agit-il d'un suicide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		8. Y a-t-il eu enquête du coroner relativement au décès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		9. Y a-t-il un conjoint survivant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		10. Le conjoint a-t-il la garde des enfants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
11. La personne décédée avait-elle (répondez par oui ou non à chaque question; si oui, donnez la date du document concerné) :									
Un testament <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date AAAA-MM-JJ			Un contrat de mariage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date AAAA-MM-JJ			Un contrat d'union civile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date AAAA-MM-JJ			
Une déclaration d'hérédité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date AAAA-MM-JJ			Des enfants à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez le nombre et leur âge :						
12. a) Avait-elle déjà fait usage de tabac sous une forme quelconque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			b) Quand avait-elle commencé à fumer? AAAA-MM-JJ		c) Quand avait-elle cessé de fumer? AAAA-MM-JJ		d) Indiquez les périodes d'interruption		
13. La personne décédée détenait-elle d'autres contrats d'assurance vie avec Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie ou dans une caisse Desjardins? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :									
Nom de l'institution		N° de compte si caisse Desjardins		Nom du produit		N° de contrat/police		N° d'identification/certificat	

**B. Identification du réclamant**

Nom		Prénom		Date de naissance AAAA-MM-JJ		N° d'assurance sociale	
Adresse - N°, rue						N° de téléphone	
Ville		Province		Code postal		Rés. : indicatif régional + n° Travail : indicatif régional + n°	
À quel titre faites-vous cette demande de prestation? <input type="checkbox"/> Bénéficiaire désigné au contrat <input type="checkbox"/> Liquidateur de la succession <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre, précisez :							
<b>DÉPÔT DIRECT</b> - Si vous désirez obtenir le dépôt direct des demandes de prestations, remplir cette section et joindre un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ ».				N° d'identification (Transit)		N° de compte	
<b>DÉCLARATION</b> - Je déclare que toutes les réponses données sont complètes et véridiques.							
Signature du réclamant _____						Date _____	

**C. Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels**

Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs : a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus au sujet de la personne décédée qui sont nécessaires au traitement du dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de son employeur ou de ses ex-employeurs; b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient au sujet de la personne décédée et qui sont nécessaires à l'objet du dossier tels que le testament, le certificat de décès, le certificat de recherche testamentaire ou la désignation de bénéficiaire, s'il y a lieu; c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à son sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli; d) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement au sujet de la personne décédée qui sont pertinents aux fins de la détermination de son admissibilité à une assurance ou à des garanties. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant ses personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par la demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du bénéficiaire ou du liquidateur de la succession \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_