

Décès d'un employé/adhérent Décès d'une personne à charge Mutilation ou perte accidentelles

Type de réclamation

<input type="checkbox"/> Assurance vie de base Montant: _____	<input type="checkbox"/> Assurance vie de base des personnes à charge Montant: _____	<input type="checkbox"/> Assurance vie facultative Montant: _____	<input type="checkbox"/> Assurance mort et mutilation accidentelles de base Montant: _____	<input type="checkbox"/> Assurance mort et mutilation accidentelles facultative Montant: _____
<input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____				Montant: _____

 **Nous ne pouvons donner suite à cette réclamation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions.**

N° de contrat/de groupe	N° de compte/de division	Catégorie	N° d'identification/de certificat
-------------------------	--------------------------	-----------	-----------------------------------

A. Information concernant l'employé

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
-----	--------	--------------------------------

B. Identification de la personne visée par la réclamation (si autre que l'employé)

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
-----	--------	--------------------------------

C. Identification de l'employeur

Nom de l'employeur _____

Adresse - N°, rue _____

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

N° de téléphone à 10 chiffres _____ Poste : _____

D. Déclaration de l'employeur

1. Date d'entrée en service de l'employé (AAAA-MM-JJ)	2. Date d'entrée en vigueur de la protection (AAAA-MM-JJ)	3. Nombre d'heures travaillées par semaine
4. Emploi		5. Dernier jour travaillé (AAAA-MM-JJ)
6. a) Si l'employé n'était pas au travail, veuillez préciser la raison de son absence. <input type="checkbox"/> Invalidité/maladie <input type="checkbox"/> Mise à pied <input type="checkbox"/> Congé autorisé <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____		b) Date du début de son absence (AAAA-MM-JJ)
7. Salaire au dernier jour travaillé	8. Salaire à la date du décès ou de la perte	9. S'il s'agit d'une réclamation pour un <u>décès</u> , le règlement doit être envoyé à : <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____
10. Remarques		

E. Déclaration

Je déclare que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Nom du représentant de l'employeur (en lettres majuscules) Titre

X _____
Signature du représentant de l'employeur Date (AAAA-MM-JJ)