



N° du CF	N° du CSF	Nom du rentier		
N° de contrat		Date d'entrée en vigueur du contrat		Valeur accumulée
		A	M	J

1. Nom et prénom(s) de la personne décédée	
2. Résidence lors du décès	
3. Profession de la personne décédée	
4. Lieu et date de naissance de la personne décédée	Lieu : _____ Date : A M J
5. Lieu et date du décès	Lieu : _____ Date : A M J

6. Cause immédiate du décès				
7. La personne décédée avait-elle :	a) un testament? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : A M J	b) un contrat de mariage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : A M J	c) un acte d'union civile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : A M J	d) une déclaration d'hérédité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

8. ASSURANCE VIE	Nom des compagnies d'assurance vie	Date des polices	Numéros des polices	Montants d'assurance
a) AVEC D'AUTRES COMPAGNIES		A M J		
		A M J		
		A M J		

b) AVEC DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE	<ul style="list-style-type: none"> Assurance prêt dans une caisse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si oui, nom de l'institution _____ N° de transit _____ N° de compte _____ Accurance (assurance accident) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Assurance collective avec son employeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si oui, nom de l'employeur _____ Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de contrat _____ Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si oui, précisez _____ 			
---	---	--	--	--

9. a) État civil de la personne décédée	a) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> unie civilement <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> séparée avec convention ou jugement : A M J <input type="checkbox"/> Divorcée le : A M J
b) Nom du conjoint survivant	b) _____
c) Enfant(s) survivant(s)	c) nombre _____ Âge(s) _____
d) Parent(s) survivant(s)	d) <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère Âge(s) _____
e) Frère(s) et soeur(s) survivant(s)	e) nombre _____ Âge(s) _____

10. a) À quel titre demandez-vous le paiement de cette prestation?	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Liquidateur de la succession <input type="checkbox"/> Autre - Précisez _____
b) Quel est votre lien avec la personne décédée?	<input type="checkbox"/> Conjoint actuel <input type="checkbox"/> Conjoint séparé <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Autres (amis, associés, etc.) - Précisez _____

NOM ET ADRESSE DU RÉCLAMANT	Date de naissance	A M J
	Numéro d'assurance sociale	
	Numéro de téléphone	()
	Postal code	

11. Quelle modalité de règlement choisissez-vous?	<input type="checkbox"/> Paiement en un seul versement	<input type="checkbox"/> Changement de rentier du contrat existant - 09614 requis
	<input type="checkbox"/> Continuer les versements (spécimen de chèque requis)	<input type="checkbox"/> Transfert externe - T2033 requis
	<input type="checkbox"/> Transfert dans un contrat de rente - N° de contrat, s'il y a lieu _____ Instructions de placement requises _____	
	<input type="checkbox"/> Transfert dans le contrat Transition Desjardins Sécurité financière (Proposition Transition Desjardins Sécurité financière requise).	

DÉCLARATION DU RÉCLAMANT – Je certifie que toutes les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Signature du bénéficiaire ou liquidateur de la succession _____ Date _____

Signature du témoin _____

Je désire que les originaux des documents fournis me soient retournés.

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Aux strictes fins de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie : 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 de son dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du Bureau de renseignements médicaux, des compagnies d'assurance, agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, du preneur, de son employeur ou de ses ex-employeurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à son sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier; 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 détendrait déjà et dont l'objet est accompli. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du bénéficiaire ou liquidateur de la succession _____ Date _____