INDUSTRIELLE ALLIANCE *PACIFIQUE*
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS

Assurance crédit – Décès
Déclaration du demandeur

Le fait de fournir ce formulaire ne constitue pas pour la compagnie une admission de responsabilité et ne la prive d'aucun de ses droits.

Demandeur doit remplir cette section

NUMÉRO DU CERTIFICAT EN VERTU DUQUEL UNE RÉCLAMATION EST SOUMISE

NUMÉRO(S) DU (DES) PRÊT(S):

CONCESSIONAIRE

DATE DE L'ACHAT
J J M M M M A A A A

NOM DE LA SOCIÉTÉ DE FINANCEMENT/CAISSE POPULAIRE

ADRESSE:

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA SOCIÉTÉ DE FINANCEMENT ET LE NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER

Veuillez fournir l'information suivante concernat la personne décédée

NUMÉRO DE CERTIFICAT EN VERTU DUQUEL UNE RÉCLAMATION ET SOUMISE

NOM COMPLET DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

ADRESSE DU DOMICILE

DATE DU DÉCÈS
J J M M M M A A A A

CAUSE DU DÉCÈS

LIEU DU DÉCÈS

DATE ET LIEU DE NAISSANCE
J J M M M M A A A A

OCCUPATION

Nom et adresse de tout médecin qui traita la personne décédée dans les cinq dernières années

Nom	Adresse	Date	Raison
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE		J J M M M M A A A A	
AUTRES MÉDECINS		J J M M M M A A A A	
		J J M M M M A A A A	
		J J M M M M A A A A	
		J J M M M M A A A A	

Faits relatifs aux autres polices d'assurance-vie et accident sur la vie la personne décédée

Nom de la Compagnie	Date de la Police	Montant de l'Assurance
	J J M M M M A A A A	

À compléter par le réclamant

VOTRE NOM (LETTRES MOULÉES)

NO. ASS.SOC. / D'IDENT. IMPÔTS

VOTRE ADRESSE COMPLÈTE

CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Avez-vous 18 ans ou plus? ☐ Oui ☐ Non Sinon, indiquer votre date de naissance J J M M M M A A A A

En quelle qualité formulez-vous cette réclamation? _____
(par ex.: Bénéficiaire désigné, exécuteur, liquidateur de la succession ou cessionaire)

Votre lien avec la personne décédée: _____

Autorisation de divulgation

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, institution, autorité gouvernementale, ou tout autre personne possédant des renseignements sur le décès de l'assuré(e) à fournir des copies et/ou à donner des détails de tous les renseignements disponibles, y compris l'histoire médicale, l'autopsie, les analyses toxicologiques ou les rapports pathologiques, à l'Industrie-Alliance *Pacifique* Compagnie d'Assurance sur la Vie.

Une photocopie de la présente autorisation fera loi au même titre que l'original.

Fait à _____ le _____ de _____ Ans _____
JOUR MOIS ANS (4 CHIFFRES)

Témoin _____ Signature du demandeur_____

**** S.V.P. retourner avec un ORIGINAL du certificat de décès *** ***Si vous désirez qu'il vous soit retrourné, cochez ici*** ☐

L'Industrielle-Alliance *Pacifique* Compagnie d'Assurance sur la Vie, 2165 Broadway O, C.P. 5900, Vancouver, C.-B. V6B 5H6

FORMULAIRE 8244F (NOV/2000)