

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE PRIMERICA DU CANADA

SIÈGE SOCIAL : 6985 Financial Dr. bureau 400, Mississauga (Ontario) L5N 0G3

Instructions relatives à la demande de règlement

1. Veuillez lire attentivement les instructions relatives à la demande de règlement. Afin de donner suite à votre demande, nous devons recevoir les formulaires dûment remplis et toute pièce justificative mentionnée dans les instructions. Si vous avez besoin d'aide, composez le 1-800-265-4804.
2. Le bénéficiaire inscrit au dossier doit remplir la déclaration du demandeur aux pages quatre et cinq. **La signature doit être apposée en présence d'un témoin.** S'il y a plus d'un bénéficiaire, un formulaire distinct doit être rempli par chaque bénéficiaire.
3. Dans les cas où le bénéficiaire est mineur, handicapé ou incapable de signer la page quatre, la personne habilitée à agir au nom du bénéficiaire doit signer la déclaration du demandeur. **La signature doit être apposée en présence d'un témoin. (Veuillez joindre les documents à l'appui; ex. délégation de pouvoirs, lettre de tutelle certifiée).** La déclaration du demandeur doit inclure le numéro d'assurance sociale de l'enfant mineur ou du bénéficiaire handicapé.
4. Si la succession est inscrite à titre de bénéficiaire, un exécuteur testamentaire ou un administrateur successoral de la succession du défunt doit remplir la déclaration du demandeur. Si la prestation de décès est supérieure à 25 000 \$, il faudra fournir un certificat de nomination du fiduciaire testamentaire, accompagnée ou non d'un testament ou de lettres d'homologation. Si elle est égale ou inférieure à 25 000 \$, il faudra fournir une copie certifiée du testament.
5. La déclaration du médecin à la page cinq doit être remplie par le médecin de famille ou le médecin qui a récemment traité l'assuré. **Tous les honoraires facturés pour remplir le présent formulaire incombent au demandeur.**
6. Vous devez nous fournir l'original ou la copie certifiée du certificat de décès émis par le salon funéraire ou la province.
7. Tous les documents que nous recevons, y compris mais sans s'y limiter, l'original ou la copie certifiée du certificat de décès, forment partie intégrante de la demande et **seront conservés au dossier.**
8. La section Autorisation et consentement à la page deux doit être remplie par le plus proche parent du défunt. Si, au moment du décès, le défunt était marié, le conjoint doit alors remplir la section Autorisation et consentement. Si, au moment du décès, le défunt n'était pas marié, un parent ou le plus proche parent doit remplir la section Autorisation et consentement.
9. Si le bénéficiaire principal désigné dans la police décède avant l'assuré, il faudra annexer une copie certifiée du certificat de décès du bénéficiaire principal.
10. Si l'assuré décède à l'extérieur du Canada, il faudra remplir le « Questionnaire – décès à l'étranger ». Primerica effectuera une vérification du décès.
11. La section Options de paiement des demandes de règlement doit être remplie pour que vous puissiez sélectionner votre mode de paiement.

Nous vous remercions de votre confiance. Ces renseignements importants nous seront des plus utiles. La Compagnie d'Assurance-Vie Primerica du Canada s'est engagée à respecter les principes de traitement équitable des clients établis par le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance, les Organismes canadiens de réglementation en assurance et les différents organismes de réglementation provinciaux. À cette fin, nous nous efforcerons d'examiner votre demande avec soin et de manière équitable, en utilisant une procédure simple et accessible.

Une enquête de routine est menée à l'égard de toutes les demandes de règlement où le décès est survenu dans les deux années suivant la date d'émission ou la date de remise en vigueur de la police. Par ailleurs, une enquête peut également être menée lorsque le décès survient plus de deux ans suivant la date d'émission ou la remise en vigueur de la police. En général, elle est menée dans les 30 à 60 jours suivant la réception des formulaires remplis et de l'autorisation appropriée pour obtenir des renseignements. Sous réserve de la disponibilité des dossiers, ces enquêtes peuvent prendre plus de temps que prévu. En cas d'approbation d'une demande de règlement, nous prévoyons verser les prestations dans un délai de 14 jours ouvrables. Toutefois, dans certains cas, le paiement peut prendre plus de temps. Vous pouvez demander à ce que le paiement vous soit émis en somme forfaitaire par chèque, que le paiement soit déposé en votre nom directement dans un compte de placement auprès des sociétés Primerica, ou une combinaison des deux. Pour de plus amples renseignements sur les options de paiement des demandes de règlement, veuillez consulter la page trois du présent formulaire. Si vous avez des questions sur le processus de demande de règlement, veuillez téléphoner au 1-800-265-4804.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE PRIMERICA DU CANADA

SIÈGE SOCIAL : 6985 Financial Dr. bureau 400, Mississauga (Ontario) L5N 0G3

AUTORISATION ET CONSENTEMENT

N° de la demande de règlement : _____

Je, _____, suis le plus proche parent de _____ (le « défunt assuré »).
Nom du plus proche parent (en lettres moulées) Nom du défunt assuré (en lettres moulées)

En ma qualité de plus proche parent du défunt assuré, j'autorise tout professionnel de la santé, établissement public de la santé et des services sociaux, hôpital, compagnie d'assurance, institution financière, le Bureau de renseignements médicaux, assureur, intermédiaire de marché, agence de renseignements personnels ou agence d'investigation ou de sécurité, tout employeur ou ancien employeur ou tout autre organisme public ou privé possédant des renseignements personnels au sujet du défunt assuré à fournir ces renseignements à La Compagnie d'Assurance-Vie Primerica du Canada (« l'assureur »), ses agents, représentants, employés et à ses réassureurs aux fins de l'enquête et de l'adjudication de la présente demande de règlement de la police d'assurance (la « demande de règlement »). Les « renseignements personnels » incluent, mais sans s'y limiter, tous les renseignements au sujet du défunt assuré, y compris le diagnostic, le traitement et le pronostic concernant tout état de santé physique ou mental du défunt assuré, de même que l'usage de drogue ou de l'alcool. Je comprends que les renseignements personnels peuvent être obtenus par l'assureur au sujet du défunt assuré par l'entremise de rapports de consommateur et qui portent sur des renseignements personnels concernant les habitudes, la moralité, la réputation générale, les caractéristiques personnelles et le mode de vie, sauf en ce qui a trait à l'orientation sexuelle. Cette information est obtenue par des entrevues personnelles avec une personne quelconque, y compris mais sans s'y limiter, des amis, voisins et connaissances.

EN OUTRE, J'AUTORISE l'assureur, ses agents, représentants, employés et ses réassureurs à s'informer et à obtenir des renseignements personnels au sujet du défunt assuré, en relation avec la présente demande de règlement, auprès de tout professionnel de la santé, établissement public de la santé et des services sociaux, hôpital, compagnie d'assurance, institution financière, le Bureau de renseignements médicaux, assureur, intermédiaire de marché, agence de renseignements personnels ou agence d'investigation ou de sécurité, qui s'avéreront nécessaires aux fins de l'enquête et de l'adjudication de la présente demande de règlement.

J'AUTORISE DE PLUS l'assureur, ses agents, représentants, employés et ses réassureurs à échanger des renseignements personnels au sujet du défunt assuré, en relation avec la présente demande de règlement, auprès de tout professionnel de la santé, établissement public de la santé et des services sociaux, hôpital, compagnie d'assurance, institution financière, le Bureau de renseignements médicaux, assureur, intermédiaire de marché, agence de renseignements personnels ou agence d'investigation ou de sécurité, qui s'avéreront nécessaires aux fins de l'enquête et de l'adjudication de la présente demande de règlement.

JE RECONNAIS que le document Autorisation et consentement est valable pour la durée de toutes les demandes de règlement en relation avec la police d'assurance-vie faisant l'objet de la présente demande de règlement.

Une photocopie de cette autorisation et consentement aura la même valeur que l'original.

Signé ce _____ jour de/d' _____

Signature du plus proche parent

Témoin

Lien de parenté avec le défunt

Adresse : _____
Adresse municipale, Ville, Province, Code postal

Numéro de téléphone : _____

DIVULGATION RELATIVE À LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels que vous fournissez par l'entremise de cette autorisation et consentement sont conservés dans un dossier d'indemnisation au siège social de l'assureur. Ils seront utilisés par l'assureur, ses agents, ses représentants, employés et ses réassureurs aux fins de l'admissibilité aux indemnités en vertu de la police d'assurance-vie qui fait l'objet de la présente demande de règlement.

Vous pouvez obtenir des renseignements écrits sur les règles et usages de la Compagnie à l'égard du Code de protection des renseignements personnels à http://www.primericacanada.ca/public/canada_privacy.html. Vous pouvez également communiquer avec le Responsable de la protection de la vie privée à privacyofficecanada@primerica.com ou nous écrire a/s du Responsable de la protection de la vie privée à P. O. Box 174, Streetsville (Ontario) L5M 2B8 si vous avez besoin de plus amples renseignements. Veuillez indiquer votre nom au complet et votre numéro de police.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE PRIMERICA DU CANADA

SIÈGE SOCIAL : 6985 Financial Dr. bureau 400, Mississauga (Ontario) L5N 0G3

N° de la demande de règlement : _____

Options de paiement des demandes de règlement

Si La Compagnie d'Assurance-Vie Primerica du Canada (Primerica) approuve votre demande de règlement, vous pouvez choisir une des trois options de paiement suivantes :

- 1) votre paiement vous est émis par chèque en somme forfaitaire;
- 2) votre paiement est déposé dans un compte de placement existant ou nouveau auprès de Primerica ou de sa société affiliée, Les Placements PFSL du Canada Ltée (PFSL);
- 3) une partie de votre paiement vous est émis en somme forfaitaire et l'autre partie est déposée dans un compte de placement existant ou nouveau auprès de Primerica ou de sa société affiliée, PFSL*.

* En ce qui concerne les dépôts dans des comptes de placement auprès de PFSL, votre représentant de Primerica doit être inscrit en fonds communs de placement pour pouvoir vous recommander des produits de fonds communs de placement.

Veuillez choisir une des options de paiement ci-dessous. Nous tenons à souligner que vous pouvez changer d'avis à tout moment relativement au mode de paiement sous réserve d'un avis par écrit à Primerica avant que le paiement soit émis par Primerica.

Si vous choisissez une option comportant un paiement en somme forfaitaire par chèque, votre représentant de Primerica vous remettra ce dernier en main propre en cas d'approbation de la demande de règlement. Si le représentant n'est pas en mesure de vous remettre le chèque en main propre, il vous sera directement envoyé par courrier.

Si vous choisissez une option comportant un dépôt dans un compte de placement, votre représentant de Primerica vous rencontrera afin d'examiner vos besoins en matière de placement. Vous devez être le titulaire exclusif du compte. En ce qui concerne un compte de fonds communs de placement, votre représentant de Primerica doit être inscrit en fonds communs de placement pour pouvoir vous recommander des produits de fonds communs de placement. En cas d'approbation de votre demande de règlement, le paiement sera déposé dans votre compte de placement une fois que vous aurez ouvert un nouveau compte ou aurez signé un formulaire de cotisation ultérieure, s'il s'agit d'un compte existant, avec l'aide de votre représentant de Primerica.

Comment aimeriez-vous recevoir le montant de la demande règlement? (Choisissez une des options de paiement ci-dessous)

Option 1 : Montant total par chèque

- Je désire recevoir le montant total en somme forfaitaire par chèque.

Option 2 : Dépôt complet dans mon compte de placement

- Je désire déposer le montant total dans mon compte de placement Primerica / PFSL auprès de _____ (société de fonds) dont le numéro de compte est le _____.

** S'il s'agit d'un nouveau compte, entrez « Nouveau compte » dans le champ du numéro de compte**

Option 3 : Dépôt d'une partie du montant dans mon compte de placement et l'autre partie par chèque

- Je désire déposer _____ \$ dans mon compte de placement Primerica / PFSL auprès de _____ (société de fonds) dont le numéro de compte est le _____. Je désire recevoir l'autre partie du montant en somme forfaitaire par chèque.

** S'il s'agit d'un nouveau compte, entrez « Nouveau compte » dans le champ du numéro de compte**

Par la présente, j'autorise Primerica à m'émettre un paiement conformément à l'option de paiement de la demande de règlement que j'ai choisie ci-dessus. Je comprends que le fait de remplir le formulaire Options de paiement des demandes de règlement ne signifie aucunement que Primerica a approuvé ou approuvera ma demande de règlement en vertu du numéro de demande de règlement susmentionné ou que j'ai droit à un paiement en vertu de la police d'assurance-vie en cause. Je reconnais que Primerica, en se conformant à l'option de paiement de la demande de règlement que j'ai choisie ci-dessus, s'est acquittée de toutes les obligations de paiement liées au numéro de demande de règlement susmentionné, de toutes ses obligations envers moi en tant que bénéficiaire de la police d'assurance-vie en cause et elle est libérée une fois le paiement est effectué. Je comprends que si j'autorise Primerica à déposer un montant dans mon compte de placement, des commissions, des commissions de suivi, des impôts, des frais de gestion et des dépenses peuvent s'y appliquer. Par ailleurs, je comprends que les fonds déposés dans un compte de placement ne sont pas couverts par la Société d'assurance-dépôts du Canada ou par tout autre assureur gouvernemental de dépôts. Je comprends que la valeur des fonds déposés dans le compte de placement peut varier et diminuer. Je comprends que je dois passer en revue le prospectus ou la Brochure d'information (selon le cas) avant de rendre une décision définitive relativement à un placement.

EN FOI DE QUOI la présente autorisation et directive a été signée par _____ le
_____ jour de _____
Nom du demandeur (en lettres moulées)

SIGNÉE, SCELLÉE ET REMISE en présence de :

Signature du témoin

Signature du demandeur

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE PRIMERICA DU CANADA

SIÈGE SOCIAL : 6985 Financial Dr. bureau 400, Mississauga (Ontario) L5N 0G3

Déclaration du demandeur

**** Veuillez annexer une copie certifiée du certificat de décès ****

1. Nom du défunt au complet _____

2. Numéro(s) de police _____

3. Date de naissance du défunt _____ Source d'établissement de la date de naissance _____
Certificat de naissance, dossiers familiaux, autre dossier

4. Résidence du défunt au décès _____
Adresse municipale _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

5. Date du décès _____ Lieu du décès _____

6. Cause du décès _____ 7. Lien de parenté avec le défunt _____

8. Employeur du défunt _____ Profession du défunt _____

9. Le défunt a-t-il déjà fumé ou consommé des produits de tabac? Oui Non. Si oui, à quand remonte la dernière consommation _____
MM JJ AAAA

Le défunt a-t-il cessé de fumer? Oui Non Si oui, quand et pour combien de temps? _____

10. Au meilleur de vos connaissances, énumérez les noms de médecins qui ont traité le défunt au cours des dix dernières années

Nom	Adresse	Nature de la maladie ou de la blessure	Date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

11. Si le défunt avait souscrit de l'assurance auprès d'autres compagnies, veuillez énumérez le nom des compagnies et le montant de la couverture ci-dessous :

Nom des compagnies	Montants
_____	_____
_____	_____

12. État civil du défunt _____ Nom du conjoint _____

Enfants du défunt _____ Adresse du conjoint _____

Le fait de fournir ce formulaire à la Compagnie ou son acceptation par elle ne constitue aucune admissibilité de responsabilité de la part de la Compagnie ni une renonciation à l'une ou l'autre des conditions du contrat d'assurance.

Vous devez remplir au complet les **renseignements relatifs au demandeur** mentionnés au verso afin d'éviter les délais de traitement.

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR - *prière d'écrire en lettres moulées ou dactylographier* *(les renseignements doivent être remplis)*

Dans la présente section, tous les renseignements doivent être remplis et se rapporter au demandeur.

Nom : _____
Écrire le nom en lettres moulées tel qu'il apparaît sur le chèque – veuillez annexer une preuve de changement de nom, s'il y a lieu.

Adresse : _____
Adresse municipale (Ne pas inscrire de C.P.)

_____ Ville

_____ Province

_____ Code postal

Numéros de téléphone :

Domicile

Bureau

_____ Indicatif régional

_____ Numéro de téléphone

_____ Indicatif régional

_____ Numéro de téléphone

Numéro d'assurance sociale : _____ Date de naissance du demandeur : _____
Particulier – Numéro d'assurance sociale du demandeur
Tuteur - Numéro d'assurance sociale de l'enfant

En vertu des pénalités en matière de parjure, j'atteste que 1) le numéro indiqué sur le présent formulaire représente mon numéro d'identification exact à titre de contribuable et 2) toutes les réponses fournies dans le présent formulaire (YPLA-880) sont exactes et véridiques.

SIGNATURE DU DEMANDEUR ET DU TÉMOIN

Signature du demandeur **X** _____
Veuillez signer votre nom tel qu'il apparaît à la section des renseignements relatifs au demandeur ci-dessus

Signé ce _____ jour de/d' _____ 20 _____

Nom du témoin _____

_____ Signature du témoin

_____ Lien de parenté avec le bénéficiaire

Signé ce _____ jour de/d' _____ 20 _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Nom du défunt au complet	Date du décès
Résidence au décès	Lieu du décès
Âge au décès ou date de naissance	(si décédé dans un hôpital ou une institution, veuillez donner le nom)

<p>Cause du décès</p> <p>Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (il ne s'agit pas ici du mode du décès, comme une défaillance cardiaque, syncope, etc. mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné le décès.)</p> <p>a) Causes antécédentes (états morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité en a), l'état morbide initial étant indiqué en dernier).</p> <p>Provoqué par b)</p> <p>Provoqué par c)</p> <p>Autres états morbides importants (ayant contribué au décès mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué)</p>	<p>Intervalle entre le début étiologique et le décès</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
--	--

Date des premiers soins au cours de la dernière maladie	Date des derniers soins au cours de la dernière maladie
---	---

Le défunt a-t-il déjà fumé ou consommé des produits de tabac? Oui Non. Si oui, à quand remonte la dernière consommation / /
MM JJ AAAA

Le défunt a-t-il cessé de fumer? Oui Non Si oui, quand et pour combien de temps? / /
MM JJ AAAA

<p>Si le décès est dû à un accident, un suicide ou un homicide, veuillez préciser et décrire brièvement.</p>	<p>A-t-on effectué une enquête? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Une autopsie a-t-elle été pratiquée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, par qui et quelles ont été les constatations? _____</p>
--	--

Avez-vous traité le défunt ou vous a-t-il consulté au cours des 5 années précédant la dernière maladie? Oui Non

À votre connaissance, au cours des 5 dernières années, le défunt a-t-il été traité par d'autres médecins, dans un hôpital ou une institution quelconque? Oui Non

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, veuillez nous fournir les détails suivants :

Nom	Adresse	Nature de la maladie ou lésion	Dates
-----	---------	--------------------------------	-------

CES DÉCLARATIONS SONT VÉRIDIQUES ET COMPLÈTES AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.

Signature du médecin M.D. Inscrire en lettres moulées le nom du médecin

Adresse municipale

Ville Province Code postal

Indicatif régional N° de téléphone Date

Dans le présent contexte, le masculin s'entend du féminin et vice versa.