

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UN RÈGLEMENT

* Indique un champ obligatoire

Pour vous conformer aux lignes directrices sur la protection des renseignements personnels, ne conservez aucune copie des pièces justificatives que vous pourriez avoir en votre possession relativement à la demande de règlement du client.

Section 1

| | | |
|--|--|---|
| * Nom du conseiller ou de l'AGP : | | Code du conseiller ou de l'AGP : |
| * Numéro de téléphone () - | Adresse courriel | |
| <input type="checkbox"/> Règlement d'assurance vie (Remplir la Section 2) | <input type="checkbox"/> Règlement d'assurance contre la maladie grave (Remplir la Section 3) | <input type="checkbox"/> Règlement d'assurance invalidité (Remplir la Section 4) |

Section 2 - Demande de règlement d'assurance vie

| | | |
|---|---|--|
| * Nom de la personne assurée : | | * Numéro de police : |
| Adresse à laquelle envoyer les formulaires | Nom du destinataire (si autre que conseiller/AGP) | Numéro de téléphone () - |
| | Adresse du destinataire | |
| * Date du décès JJ/MMM/AAAA | * Cause du décès (si connue) | |
| * Lieu du décès | | |
| Autres commentaires : | | |

Section 3 - Demande de règlement d'assurance contre la maladie grave

| | | |
|---|---|--|
| * Nom de la personne assurée : | | * Numéro de police : |
| Adresse à laquelle envoyer les formulaires | Nom du destinataire (si autre que conseiller/AGP) | Numéro de téléphone () - |
| | Adresse du destinataire | |
| * Diagnostic | | |
| Autres commentaires : | | |

Avertissement : Bien que nous fournissions à la personne assurée un formulaire de demande de règlement spécifique au diagnostic pour l'aider à remplir une demande de prestation, veuillez noter que seuls les troubles médicaux couverts par sa police sont acceptés à des fins d'étude. Nous vous incitons à examiner la police avec la personne assurée pour connaître les troubles médicaux couverts.

Section 4 – Demande de règlement d'assurance invalidité

| | | |
|---|---|--|
| * Nom de la personne assurée : | | * Numéro de police : |
| Adresse à laquelle envoyer les formulaires | Nom du destinataire (si autre que conseiller/AGP) | Numéro de téléphone () - |
| | Adresse du destinataire | |
| Autres commentaires : | | |

Pour vous conformer aux lignes directrices sur la protection des renseignements personnels, ne conservez aucune copie des pièces justificatives que vous pourriez avoir en votre possession relativement à la demande de règlement du client.