

Certificat de l'employeur ou du supérieur – Réclamation décès

Cette déclaration sera remise à la compagnie sans frais.

Nom de l'employé(e)		N° de police	Numéro de certificat
Adresse de son dernier domicile		Ville	Province
Code Postal		Courriel	
Somme(s) principale(s)		Classification de l'employé(e), telle que décrite dans la police	Date d'entrée en vigueur de la couverture
Date d'emploi		Date de la dernière augmentation d'assurance	Prime payée jusqu'au
Date du dernier jour travaillé		Date du dernier jour travaillé	

Veillez donner les raisons de l'absence au travail si le dernier jour travaillé diffère de celui de l'accident.

En cas de blessure dans le cadre de l'emploi, quelle était la nature du travail effectué au moment de l'accident?

Date de l'accident / maladie?	Lieu de l'accident?	Date du décès
-------------------------------	---------------------	---------------

Veillez donner les renseignements suivants sur l'employé(e), en vigueur le dernier jour de travail :

Salaire	Occupation	L'employé(e) est / était assuré(e) au moment de l'accident
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veillez remplir en cas de décès si la personne assurée est autre que l'employé(e)

Nom de la personne décédée	Date de naissance
La personne décédée était :	Au moment de l'accident / maladie l'employé(e) :
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait	<input type="checkbox"/> sans enfant à charge
<input type="checkbox"/> Enfant à charge	<input type="checkbox"/> avait un (des) enfant(s) à charge, mais pas de conjoint(e)
	<input type="checkbox"/> avec des personnes à sa charge

Nom de l'employeur		Date	
Adresse		No de téléphone	
Ville	Province	Code Postal	
Courriel		Date	

Nom du représentant autorisé de l'employeur (Lettres moulées)	Titre du Représentant autorisé
Signature du représentant autorisé de l'employeur	Date