

625, rue Jacques-Parizeau
   
 Case postale 1500
   
 Québec (Québec) G1K 8X9

Téléphone : 418 644-4200
   
 1 800 463-4856
   
 Télécopieur : 418 641-4321
   
 1 855 669-8830

Courrier électronique : [collectif\\_decès@lacapitale.com](mailto:collectif_decès@lacapitale.com)

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

**1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE N° RUE APP. TÉLÉPHONE ( )  
RÉSIDENCE

VILLE CODE POSTAL TÉLÉPHONE ( )  
TRAVAIL

ÉTAT CIVIL DEPUIS LE \_\_\_\_\_  CÉLIBATAIRE  MARIÉ  DIVORCÉ  SÉPARÉ  UNION CIVILE  MONOPARENTAL  VEUF

**2 – DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

2.1 CECI FAIT FOI que l'employé susmentionné est assuré pour la somme de \_\_\_\_\_ \$ en vertu du contrat d'assurance collective précité.

2.2 Au moment de son décès, il était employé en qualité de \_\_\_\_\_ (occupation) par le soussigné et son entrée à notre service datait du \_\_\_\_\_.

2.3 Date du dernier jour travaillé : \_\_\_\_\_ (année-mois-jour)

Salaire annuel (selon le dernier jour travaillé) : \_\_\_\_\_ \$

Statut d'emploi lors du décès :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> en service régulier   | <input type="checkbox"/> congé sans solde du _____ au _____<br>(année-mois-jour) (année-mois-jour) |
| <input type="checkbox"/> vacances du _____ au _____<br>(année-mois-jour) (année-mois-jour) | <input type="checkbox"/> préretraite _____<br>(année-mois-jour)                                    |
| <input type="checkbox"/> congé de maladie depuis le _____<br>(année-mois-jour)             | <input type="checkbox"/> retraite _____<br>(année-mois-jour)                                       |

2.4 Date du décès : \_\_\_\_\_ (année-mois-jour)

2.5 Cause du décès :  accident  maladie

**3 – DOCUMENTS À FOURNIR**

3.1 Veuillez joindre les formulaires d'adhésion et/ou de désignations de bénéficiaires que vous détenez, pour les assurances collectives actuelles et précédentes de l'employé décédé.

3.2 Annexer au présent document une photocopie des plus récents T4 **ou** Relevé 1 **ou** bordereau de paie.

3.3 Veuillez nous transmettre les coordonnées du réclamant (nom, adresse et numéro de téléphone) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4 – SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR**

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.

Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.

625, rue Jacques-Parizeau  
Case postale 1500  
Québec (Québec) G1K 8X9

Téléphone : 418 644-4200  
1 800 463-4856  
Télécopieur : 418 641-4321  
1 855 669-8830

Courrier électronique : [collectif\\_decès@lacapitale.com](mailto:collectif_decès@lacapitale.com)

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

## 1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM			
ADRESSE	N°	RUE	APP.	TÉLÉPHONE (    ) RÉSIDENCE	
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (    ) TRAVAIL		
ÉTAT CIVIL DEPUIS LE _____ <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <input type="checkbox"/> SÉPARÉ <input type="checkbox"/> UNION CIVILE <input type="checkbox"/> MONOPARENTAL <input type="checkbox"/> VEUF					

## 2 - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À CHARGE DÉCÉDÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ (année-mois-jour) Date du décès : \_\_\_\_\_ (année-mois-jour)

ÉTAT CIVIL DEPUIS LE \_\_\_\_\_  CÉLIBATAIRE  MARIÉ  DIVORCÉ  SÉPARÉ  UNION CIVILE  MONOPARENTAL  VEUF

## 3 - DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

3.1 CECI FAIT FOI que **l'employé** susmentionné est assuré en vertu du contrat d'assurance collective précité.

3.2 En vertu de ce contrat, **la personne à charge** susmentionnée est assurée pour la somme de \_\_\_\_\_ \$.

3.3 Statut d'emploi de l'employé :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> en service régulier   | <input type="checkbox"/> congé sans solde du _____ au _____<br>(année-mois-jour) (année-mois-jour) |
| <input type="checkbox"/> vacances du _____ au _____<br>(année-mois-jour) (année-mois-jour) | <input type="checkbox"/> préretraite _____<br>(année-mois-jour)                                    |
| <input type="checkbox"/> congé de maladie depuis le _____<br>(année-mois-jour)             | <input type="checkbox"/> retraite _____<br>(année-mois-jour)                                       |

3.4 Cause du décès :  accident  maladie

## 4 - DOCUMENTS À FOURNIR

4.1 Annexer au présent document une photocopie des plus récents T4 **ou** Relevé 1 **ou** du bordereau de paie.

4.2 Veuillez nous transmettre les coordonnées du réclamant (nom, adresse et numéro de téléphone) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5 - SIGNATURE DU RESPONSABLE CHEZ L'EMPLOYEUR

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.

Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.