

INSTRUCTIONS

- Remplir la déclaration du réclamant, signer et dater.
- Faire un choix de modalité de paiement.

Contrat N°

1. Identification de la personne décédée

Nom et prénoms	Date de naissance A A A A M M J J
État civil au décès : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	
Adresse lors du décès	
Adresse précédente si moins de deux ans	

2. Renseignements relatifs à la personne décédée

1. A-t-elle des enfants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2. Date du décès A A A A M M J J	3. Lieu du décès
4. Le décès est-il dû à : <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un homicide <input type="checkbox"/> un suicide <input type="checkbox"/> cause naturelle		5. Décrivez-le brièvement
6. Y a-t-il eu enquête? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	7. Y a-t-il eu autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8. Dans l'affirmative, indiquez par qui et donnez les constatations.		
9. Avait-elle un contrat de mariage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	10. Avait-elle un testament? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	11. Quand la personne décédée a-t-elle commencé à montrer des symptômes de mauvaise santé? A A A A M M J J
12. Quand sa dernière maladie a-t-elle commencé? A A A A M M J J		13. Quelle est la date de la première visite médicale pour la dernière maladie? A A A A M M J J
14. La personne décédée a-t-elle été traitée, hospitalisée au cours des trois dernières années?		
Nom des médecins ou hôpitaux	Date A A A A M M J J	Raison
	A A A A M M J J	
	A A A A M M J J	
15. Nom et adresse du médecin de famille		
16. Mentionnez les autres polices d'assurance sur la vie de la personne décédée		
Nom des compagnies	Dates des polices A A A A M M J J	Montants
	A A A A M M J J	
	A A A A M M J J	

3. Usage du tabac

1. Est-ce que la personne décédée faisait usage de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2. Si non, a-t-elle déjà fumé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3. Si oui, à quelle date a-t-elle cessé? A A A A M M J J
--	---	---

Veillez poursuivre votre déclaration au verso du formulaire.

4. Identification du réclamant

Nom et prénoms	A A A A M M J J	Date de naissance	Lien de parenté avec la personne décédée
Adresse		Téléphone	
Ville	Province	Code postal	

À quel titre faites-vous cette réclamation ? Bénéficiaire Liquidateur Autre : _____

Je, soussigné, certifie par les présentes que les réponses aux questions ci-dessus sont inscrites correctement et qu'elles sont entières, complètes et véridiques, au meilleur de ma connaissance. Je déclare qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites sous serment.

X	A A A A M M J J	X
Signature du témoin	Date	Signature du réclamant

5. Option de paiement de la prestation décès

(Le cas échéant, chaque bénéficiaire fait son choix parmi les trois options offertes.)

IMPORTANT :

Si vous demandez que la totalité ou une partie de la prestation décès soit transférée dans un contrat de rente, l'implication d'un conseiller en sécurité financière est requise afin de compléter l'adhésion en bonne et due forme. Par ailleurs, l'analyse de vos besoins ainsi que de votre profil d'investisseur vous permettront d'obtenir des solutions d'investissement adaptées à vos objectifs.

BÉNÉFICIAIRE 1

- Je demande un paiement unique par chèque ;
 Je demande que la prestation décès dont je suis bénéficiaire soit investie en totalité dans l'un des produits d'investissement et de retraite de Beneva inc. ;
 Je demande qu'une partie de la prestation décès dont je suis bénéficiaire soit investie dans l'un des produits d'investissement et de retraite de Beneva inc. selon les instructions suivantes :

Portion payable par chèque à mon nom : _____ \$ ou _____ % et Transfert dans un contrat de rente : _____ \$ ou _____ %

X	A A A A M M J J
Signature du bénéficiaire	Date de signature

BÉNÉFICIAIRE 2

- Je demande un paiement unique par chèque ;
 Je demande que la prestation décès dont je suis bénéficiaire soit investie en totalité dans l'un des produits d'investissement et de retraite de Beneva inc. ;
 Je demande qu'une partie de la prestation décès dont je suis bénéficiaire soit investie dans l'un des produits d'investissement et de retraite de Beneva inc. selon les instructions suivantes :

Portion payable par chèque à mon nom : _____ \$ ou _____ % et Transfert dans un contrat de rente : _____ \$ ou _____ %

X	A A A A M M J J
Signature du bénéficiaire	Date de signature

BÉNÉFICIAIRE 3

- Je demande un paiement unique par chèque ;
 Je demande que la prestation décès dont je suis bénéficiaire soit investie en totalité dans l'un des produits d'investissement et de retraite de Beneva inc. ;
 Je demande qu'une partie de la prestation décès dont je suis bénéficiaire soit investie dans l'un des produits d'investissement et de retraite de Beneva inc. selon les instructions suivantes :

Portion payable par chèque à mon nom : _____ \$ ou _____ % et Transfert dans un contrat de rente : _____ \$ ou _____ %

X	A A A A M M J J
Signature du bénéficiaire	Date de signature

S'il y a plus de trois bénéficiaires, veuillez annexer une feuille supplémentaire pour signifier l'option de paiement retenue pour la prestation décès.