

Instructions

1. Veuillez lire les instructions avant de remplir les deux côtés du formulaire.
2. Les photocopies des documents originaux et leur transmission par télécopieur sont acceptées.
3. SSQ se réserve le droit de demander des documents supplémentaires après révision des informations reçues.
4. Si vous souhaitez faire une demande de prestations pour paiement anticipé d'assurance vie, veuillez communiquer avec SSQ afin d'obtenir le formulaire approprié.
5. Copie de l'acte de décès **délivré par le gouvernement provincial** si la prestation est égale ou supérieure à 100 000 \$; sinon, copie de l'acte de décès **délivré par le directeur des funérailles**.

Décès de l'adhérent (détenteur du contrat)**Sections à remplir :**

1. Déclaration du demandeur
2. Identification de l'assuré décédé
3. Déclaration du représentant de Sogedent Assurances inc.

Documents à fournir :

- Copie de l'acte de décès (Voir instruction 5).
- Copie du **dernier testament**, s'il y en a un, et copie des **recherches testamentaires** de la Chambre des notaires du Québec et du Barreau du Québec.

Décès du conjoint**Sections à remplir :**

1. Déclaration du demandeur
2. Identification de l'assuré décédé.

Document à fournir :

- Copie de l'acte de décès (Voir instruction 5).

Décès d'un enfant à charge**Sections à remplir :**

1. Déclaration du demandeur
2. Identification de l'assuré décédé.

Documents à fournir :

- Copie de l'acte de décès (Voir instruction 5).
- Copie de l'acte de naissance (**délivré par le gouvernement provincial**)
- Attestation de l'institution scolaire reconnue confirmant la fréquentation à temps plein par l'enfant à charge âgé de plus de 18 ans ou 21 ans (selon le contrat) mais de moins de 26 ans
- Attestation médicale confirmant l'invalidité de nature incurable et chronique si l'enfant est âgé de plus de 18 ans ou 21 ans (selon le contrat) et si l'invalidité est survenue avant 18 ans ou 21 ans (selon le contrat).

Décès accidentel

Si l'assuré détient une garantie en cas de décès accidentel, il sera nécessaire de nous produire le rapport d'investigation du coroner, ou à défaut, le rapport médical de l'examineur ou le rapport de police.

1. Déclaration du demandeur**Identification de l'adhérent**

1.1 Nom : _____ 1.2 Prénom : _____

1.3 N° de client Sogedent : _____ 1.4 N° d'assurance sociale : _____

1.5 Date de naissance : _____ 1.6 Sexe : F M

1.7 Adresse : _____

Code postal : _____

Identification du demandeur

1.8 Nom : _____ 1.9 Prénom : _____

1.10 Adresse : _____

Code postal : _____ 1.11 N° de téléphone : (_____) _____

1.12 À quel titre faites-vous cette demande?

 Bénéficiaire Adhérent Liquidateur testamentaire Conjoint Autre (Précisez) : _____

J'affirme que les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques au meilleur de ma connaissance et qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites sous serment. J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, institution ou autre organisme à fournir à l'assureur tous renseignements se rapportant à la personne décédée.

1.13 Signature du demandeur : _____ 1.14 Date : _____

2. Identification de l'assuré décédé Adhérent Conjoint Enfant à charge

Informations générales au sujet de la personne décédée

2.1 Nom : _____ 2.2 Prénom : _____

2.3 Sexe : F M

2.4 Date de naissance : | | | | A | | | | M | | | | J | | |

2.5 Montant d'assurance vie : _____ \$

2.6 Statut civil au moment du décès : Célibataire Conjoint de fait Marié Union Civile (Québec seulement) Séparé Divorcé Veuf

Si conjoint de fait :

Nom du conjoint : Nom : _____ Prénom : _____

Date du début de la cohabitation : | | | | A | | | | M | | | | J | | |

Un enfant est-il issu de cette union? Oui Non

2.7 Afin de déterminer s'il y a un bénéficiaire irrévocable, veuillez nous donner les informations suivantes à propos de l'histoire maritale de l'adhérent décédé :

Marié à : Nom : _____ Prénom : _____, depuis le | | | | A | | | | M | | | | J | | |

Séparé de : Nom : _____ Prénom : _____, depuis le | | | | A | | | | M | | | | J | | |

Divorcé de : Nom : _____ Prénom : _____, depuis le | | | | A | | | | M | | | | J | | |

2.8 Statut de fumeur

Non-fumeur

Fumeur ou Ex-fumeur, depuis quand : | | | | A | | | | M | | | | J | | |

Informations au sujet du décès

2.9 Date du décès : | | | | A | | | | M | | | | J | | |

2.10 Cause du décès : Naturelle Accidentelle Homicide Suicide

2.11 Veuillez décrire brièvement la nature de la maladie ou les circonstances qui ont causé la mort : _____

3. Déclaration du représentant de Sogedent Assurances inc.

Remarque : À remplir seulement s'il s'agit du décès de l'adhérent.

Identification de l'adhérent

3.1 Statut : Actif Invalide Retraité

3.2 Si l'adhérent n'a pas été présent au travail jusqu'à la date du décès, mentionnez la raison :

Invalidité Retraité

Identification du représentant de Sogedent Assurances inc.

3.3 Nom : _____ 3.4 Prénom : _____

3.5 Titre : _____ 3.6 N° de téléphone : () _____ N° poste : _____

3.7 Signature du représentant de Sogedent Assurances inc. : _____

3.8 Date : | | | | A | | | | M | | | | J | | |