

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVENUE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILLE COLLEGE
BUREAU 100, MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

Directives - remplir le présent formulaire et le retourner à Croix Bleue Medavie, avec le certificat de décès.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Nom du défunt : _____
Numéro de police du défunt : _____ Cause du décès : _____
Nom du demandeur : _____ Numéro de téléphone du demandeur : _____
Lien avec le défunt (bénéficiaire, fiduciaire, exécuteur testamentaire, etc.) : _____
Date de naissance du demandeur (JJ/MM/AAAA) : _____ Adresse courriel du demandeur : _____

EN CAS DE DÉCÈS ATTRIBUABLE À UN ACCIDENT

Lieu de l'accident : _____ Date de l'accident (JJ/MM/AAAA) : _____
Description de l'accident : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE

Veuillez joindre un chèque spécimen ou une copie électronique de votre formulaire de dépôt direct.

ATTESTATION

Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et complets.

Daté à _____ en ce _____ jour de _____ de l'an _____

Signature du demandeur : _____

Adresse postale complète : _____

Signature du témoin : _____

Adresse postale complète : _____

CLAIMANT AUTHORIZATION

Par la présente, j'autorise les médecins autorisés, les médecins praticiens, les hôpitaux, les cliniques, les établissements médicaux ou liés aux soins de santé, les compagnies d'assurance ou les autres organisations, les institutions ou les personnes ayant des dossiers ou des renseignements sur feu _____ ou sur sa santé à divulguer ces renseignements à Croix Bleue Medavie. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Daté à _____ en ce _____ jour de _____ de l'an _____

Signature du demandeur : _____

Signature du témoin : _____