

Rapport de réclamation de décès

Remplir et signer tout acte pertinent

Ne pas utiliser de correcteur sur ce formulaire

No. de Membre/Dossier – Type-prot :

Informations de l'assuré(e)

Nom de l'assuré : _____
Nom de jeune fille (au besoin)

Date de naissance : _____ État matrimonial : _____

Âge au décès : _____ Date de divorce (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____ N° Téléphone : _____
(#, rue, ville, code postal)

Informations concernant le décès

Date du décès : _____ Cause : _____

Date de début de la maladie (s'il y a lieu) : _____

Salon funéraire : _____

Information du demandant

Prénom, nom : _____ Téléphone : _____

Lien avec l'assuré(e) : _____ Cellulaire : _____

Êtes-vous liquidateur de la succession ? oui non

Suite à la réception de ce document, le/les bénéficiaire(s) seront contactés

SECTION RÉSERVÉ À LA SSJBCQ

Rapport reçu le : _____ (jj-mm-aaaa)

Visite ou téléphone ou par courriel de : _____ Tél. : _____

Montant du chèque : _____ \$ Date d'entrée : _____

Prime due : _____ \$ (jj-mm-aaaa) Agent(e) : _____

Prime payée le : _____ Aug. : si oui ⇨ Date : _____

N° Chèque : _____ Remise en vigueur : si oui ⇨ Date : _____

Bénéficiaire(s) : _____ Lien de parenté : _____

Poster le chèque au : _____ Lien de parenté : _____

Va passer : Faire chèque à chacun des bénéficiaires :

Rapport traité le : _____ (jj-mm-aaaa) Par : _____

Note : _____

Acheminer ce document ainsi que l'avis/attestation/certificat de décès du salon funéraire ou de l'état civil par la poste, par télécopieur : 819 472-7460 ou par courriel : info@ssjbcq.quebec