

Retourner à :

## Formulaire de demande de prestation de décès et d'indemnité pour frais funéraires (OCF - 4)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994.

N° de demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMMJJ)	

Ce formulaire doit être rempli par les survivants de la personne décédée ou toute autre personne ayant droit aux indemnités de décès. Si plus d'une personne sollicite les indemnités, elles peuvent faire une demande conjointe si elles le désirent. Sinon, remplissez le présent formulaire de demande de prestation de décès et d'indemnité pour frais funéraires. Veuillez joindre une copie du certificat de décès. Veuillez écrire lisiblement.

### Partie 1 Identification de la personne décédée

Nom de la personne décédée						<b>État civil</b> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Veuf (veuve)									
Prénom de la personne décédée et initiale															
Adresse															
Ville				Province				Code postal				<b>Y avait-il des personnes à charge au moment du décès?</b> <input type="checkbox"/> Si oui, combien de personnes? _____ <input type="checkbox"/> Non			
<b>Certificat de décès joint</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non															
Date de naissance	année	mois	jour	Date de l'accident	année	mois	jour	Date du décès	année	mois	jour				

### Partie 2 Identification du survivant

(joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin)

Si vous faites une demande de prestation de décès, veuillez indiquer votre relation avec la personne décédée.

Nom						<b>Relation avec la personne décédée</b> <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Part. de <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge même sexe <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire <input type="checkbox"/> Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____					
Prénom et initiale											
Adresse											
Ville				Province				Code postal			
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Télécopieur	Code régional						

#### Demander 1

Nom						<b>Relation avec la personne décédée</b> <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Part. de <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge même sexe <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire <input type="checkbox"/> Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____					
Prénom et initiale											
Adresse											
Ville				Province				Code postal			
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Télécopieur	Code régional						

#### Demander 1

Nom						<b>Relation avec la personne décédée</b> <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Part. de <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge même sexe <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire <input type="checkbox"/> Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____					
Prénom et initiale											
Adresse											
Ville				Province				Code postal			
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Télécopieur	Code régional						

**Partie 3**  
**Frais**  
**funéraires**

(Joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin.)

Joindre tous les reçus originaux en annexe. Si une pièce est manquante, expliquez pourquoi dans l'espace ci-dessous.

Date	Description du service et nom du matériel ou des services	\$ Montant réclamé
<b>MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ</b>		<b>\$</b>

Détails des factures ou reçus manquants

Date (AAAAMMJJ)

**Partie 4**  
**Signature**

(Joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin.)

**Demandeur 1**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

**Demandeur 2**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

**Demandeur 3**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------