



PO BOX 2000 185 THE WEST MALL SUITE 600
ETOBICOKE ON M9C 5L5
TELEPHONE: 1-800-355-9133 FAX: (416) 626-0997

APPLICATION FOR
GROUP LIFE BENEFIT

Instructions - This form should be completed and returned to Ontario Blue Cross, together with the "Proof of Death Physician's Statement" and evidence of age.

STATEMENT OF EMPLOYER

Form section for Statement of Employer containing fields for Policyholder, Policy No., Identification No., Name of Deceased, Date of Birth, Date of Death, Social Insurance No., Last Address of Deceased, and If Dependent Claim, Name of Insured Employee, Relationship to Insured Employee.

EMPLOYEE INFORMATION

Form section for Employee Information containing fields for Date Employed, Last Full Day Worked, Annual Salary At Time of Death, Occupation at Time of Death, Benefits Being Claimed (Life Insurance, Optional, Accidental Death, Dependent Life), Dated at, Policyholder, Signature, and Title.

STATEMENT OF CLAIMANT

Form section for Statement of Claimant containing fields for Name of Deceased, Identification No. of Deceased, Policy No. of Deceased, Cause of Death, Payment Requested (One Sum, Other), Name of Claimant, Relationship (beneficiary, trustee, executor, etc.), Age of Claimant, and Social Insurance No. - Beneficiary.

COMPLETE IF DEATH WAS RESULT OF AN ACCIDENT

Form section for Complete if Death was Result of an Accident containing fields for Place of Accident, Date of Accident, and Description of Accident.

CERTIFICATION

Form section for Certification containing a statement of truth, Dated at, Signature of Claimant, Address, Signature of Witness, and Address.



I hereby authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic or other medical or medically-related facility, insurance company or other organization, institution or person that has any records or knowledge of the late ... or his/her health to give to Ontario Blue Cross any such information. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

Form section for authorization containing fields for Dated at, Signature of Claimant, Address, Signature of Witness, and Address.

Directives - Remplir ce formulaire et le retourner à Service Croix Bleue de l'Atlantique avec le formulaire intitulé «Déclaration du médecin - Preuve de décès» et une preuve de l'âge.

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

Titulaire de la police		N° de la police		N° d'identification	
Nom du (de la) défunt(e)		Date de naissance	Date du décès	N° d'assurance sociale	
Adresse - domicile au décès					
Nom de l'employé(e) assuré(e) s'il s'agit du décès d'une personne à charge			Lien de parenté avec l'employé(e) assuré(e)		

**RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ(E)**

Date d'entrée en fonction	Dernière pleine journée de travail	Salaire annuel au moment du décès	Profession au moment du décès
<b>Prestations demandées</b>			
Assurance-vie <input type="text"/> \$	Assurance-vie facultative <input type="text"/> \$	Décès accidentel <input type="text"/> \$	Assurance-vie pour personne à charge <input type="text"/> \$
Fait à _____	Titulaire de la police _____		
Le _____ année _____	Par _____		
Signature _____	Fonction _____		

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR**

Nom du (de la) défunt(e)	N° d'identification du (de la) défunt(e)	N° de la police du (de la) défunt(e)
Cause du décès	Modalité de règlement <input type="checkbox"/> Somme forfaitaire <input type="checkbox"/> Autre (Préciser ci-dessous)	
Nom du demandeur		
En quelle qualité formulez-vous cette demande de règlement? (Bénéficiaire, fiduciaire, exécuteur testamentaire, etc.)	Âge du demandeur (si vous êtes majeur, écrivez «MAJEUR»)	N° d'assurance sociale - Bénéficiaire

**EN CAS DE DÉCÈS ATTRIBUABLE À UN ACCIDENT**

Lieu de l'accident	Date de l'accident
Description de l'accident	

**ATTESTATION**

Je, soussigné(e), déclare qu'à ma connaissance les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets.

Le \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Signature du demandeur	Adresse
Signature du témoin	Adresse

FORM-190(B) 03/01

Par la présente, j'autorise les médecins habilités à pratiquer, praticiens de la médecine, hôpitaux, cliniques, établissements hospitaliers ou reliés à la médecine, les compagnies d'assurances ou autres associations, établissements ou personnes qui possèdent un dossier sur le (la) défunt(e) \_\_\_\_\_ ou des renseignements à son sujet ou sur son état de santé à fournir ces renseignements à Service Croix Bleue de l'Atlantique. La photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'originale.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_