

In furnishing this or other claims forms for the convenience of the claimant the company does not admit any liability or waive any of its rights.

Claimant Must Complete This Area

| | | | |
|--|--|---|---|
| CERTIFICATE NUMBER(S) OF EACH POLICY UNDER WHICH A CLAIM IS BEING MADE | | LOAN NUMBER(S) | |
| SELLING DEALERSHIP | | | DATE OF PURCHASE D D M M M Y Y Y Y |
| FINANCE COMPANY/CREDIT UNION NAME | | ADDRESS: | |
| CONTACT PERSON AT FINANCE COMPANY | | PHONE NUMBER OF FINANCE COMPANY AND LOCAL/EXTENSION | |

Please Provide The Following Information Regarding The Deceased

| | | | |
|---|--|--|------------|
| FULL NAME OF DECEASED | | RESIDENCE ADDRESS | |
| DATE OF DEATH D D M M M Y Y Y Y | | CAUSE OF DEATH | |
| PLACE OF DEATH (i.e. home, hospital, work, etc.) & provide name & address | | DATE AND PLACE OF BIRTH D D M M M Y Y Y Y | OCCUPATION |

Names And Addresses Of All Physicians Who Attended The Deceased In The Past 5 Years

| Name | Address | Date | Reason |
|------------------------|---------|-----------------------------------|--------|
| FAMILY DOCTOR(S) NAME: | | D D M M M Y Y Y Y | |
| OTHER PHYSICIANS: | | D D M M M Y Y Y Y | |
| | | D D M M M Y Y Y Y | |
| | | D D M M M Y Y Y Y | |
| | | D D M M M Y Y Y Y | |
| | | D D M M M Y Y Y Y | |

Facts Concerning Other Life And Accident Insurance On The Life Of Deceased

| Name of Company | Date of Policy | Amount of Insurance |
|-----------------|-----------------------------------|---------------------|
| | D D M M M Y Y Y Y | |
| | D D M M M Y Y Y Y | |
| | D D M M M Y Y Y Y | |

This Section To Be Completed By The Claimant

YOUR NAME (PLEASE PRINT) _____

| | | |
|------------------------|--------------------|--------------|
| YOUR ADDRESS (IN FULL) | POSTAL OR ZIP CODE | PHONE NUMBER |
|------------------------|--------------------|--------------|

Relationship to Deceased _____

Authorization

As the personal representative of the Insured, I CONSENT to release the information contained in this Claim Form to Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc. and ACKNOWLEDGE that this information will be used to assess, process and administer this claim and policy coverage. I AUTHORIZE any other insurers, reinsurers, and financial institutions; physicians, medical institutions and healthcare providers; employers or administrators of group benefits; agents or brokers; investigating and credit reporting agencies, and all persons or organizations likely to have personal information relevant to the death claim of the life insured, to disclose this information to Industrial Alliance.

I AUTHORIZE Industrial Alliance to exchange the information detailed in this Claim Form and other information contained in files related to this claim or coverage with any of the parties identified in the previous paragraph for the purposes listed above, or as authorized by me, or as legally required.

I confirm that a photocopy or electronic copy of this authorization shall be valid as the original.

EXECUTOR ADMINISTRATOR OTHER: _____

| | | |
|-----------------------|----------------------|--|
| Signature of claimant | Signature of witness | Date Signed D D M M M Y Y Y Y |
|-----------------------|----------------------|--|

*** Please Return With An Original Death Certificate * If you would like the death certificate returned to you check here**

Le fait de fournir ce formulaire ne constitue pas pour la compagnie une admission de responsabilité et ne la prive d'aucun de ses droits.

Demandeur doit remplir cette section

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| NUMÉRO DU CERTIFICAT EN VERTU DUQUEL UNE RÉCLAMATION EST SOUMISE | | NUMÉRO(S) DU (DES) PRÊT(S): | |
| CONCESSIONNAIRE | | | DATE DE L'ACHAT J J M M M M A A A A |
| NOM DE LA SOCIÉTÉ DE FINANCEMENT/CAISSE POPULAIRE | | ADRESSE: | |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA SOCIÉTÉ DE FINANCEMENT ET LE NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER | | | |

Veillez fournir l'information suivante concernant la personne décédée

| | | | |
|--|--|--|------------|
| NOM COMPLET DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE | | ADRESSE DU DOMICILE | |
| DATE DU DECÈS J J M M M M A A A A | | CAUSE DU DECÈS | |
| LIEU DU DECÈS (i.e. domicile, hôpital, travail, etc.) et fournir le nom et adresse | | DATE ET LIEU DE NAISSANCE J J M M M M A A A A | OCCUPATION |

Nom et adresse de tout médecin qui traite la personne décédée dans les cinq dernières années

| Nom | Adresse | Date | Raison |
|---------------------------|---------|---------------------------------------|--------|
| NOM DU MEDECIN DE FAMILLE | | J J M M M M A A A A | |
| AUTRES MEDECINS | | J J M M M M A A A A | |
| | | J J M M M M A A A A | |
| | | J J M M M M A A A A | |
| | | J J M M M M A A A A | |
| | | J J M M M M A A A A | |

Faits relatifs aux autres polices d'assurance-vie et accident sur la vie de la personne décédée

| Nom de la Compagnie | Date de la Police | Montant de l'Assurance |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------|
| | J J M M M M A A A A | |
| | J J M M M M A A A A | |
| | J J M M M M A A A A | |

À compléter par le demandeur

VOTRE NOM (LETTRES MOULEES) _____

| | | |
|------------------------|-------------|---------------------|
| VOTRE ADRESSE COMPLÈTE | CODE POSTAL | NUMÉRO DE TELEPHONE |
|------------------------|-------------|---------------------|

Votre lien avec la personne décédée: _____

Autorisation

À titre d'ayant droit de l'assuré(e), je CONSENS À DONNER les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter, administrer cette demande et la couverture de la police d'assurance. J'AUTORISE tout autre assureur, réassureur et établissement financier; médecin, établissement médical et fournisseur de soins de santé; employeur et administrateur d'assurance collective; agent ou courtier; agence d'enquête et de rapports de crédit, et toute personne et organisation susceptible d'avoir des renseignements personnels pertinents à la réclamation de décès de l'assuré(e), à communiquer ces renseignements à l'Industrielle Alliance.

J'AUTORISE L'INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC. à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance, avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent pour les objectifs désignés ci-dessus ou tels qu'autorisés par moi-même ou légalement requis.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

EXÉCUTEUR ADMINISTRATEUR AUTRE : _____

| | | |
|------------------------|---------------------|---|
| Signature du demandeur | Signature du témoin | Date de la signature J J M M A A A A |
|------------------------|---------------------|---|

*** S.V.P. retourner avec un ORIGINAL du certificat de décès * Si vous désirez qu'il vous soit retourné, cochez ici**