



Avis De Formulaire De Réclamation

Ce formulaire doit être utilisé pour la Vie de Base, Vie Dépendante, Renonciation Vie de Premium, AD&D et Maladies Graves

S'il vous plaît répondre à toutes les questions attentivement et complètement que cela va nous aider à vous fournir le meilleur service possible

Veillez remplir le présent formulaire à l'encre (en caractères d'imprimerie) et le retourner à:

Unistar Special Risks Inc. Attn: Underwriting
850, 10655 Southport Road SW
Calgary, AB T2W 4Y1

Courriel: underwriting@unistarinc.ca
Télécopieur: 1-800-364-0754

En produisant un avis de sinistre sans délai, vous contribuez à accélérer le traitement de la demande

Employeur / Titulaire de police:

Nom: _____

Adresse: _____

Rue

Ville, Province

Code Postal

Nom de contact: _____

Adresse électronique: _____ No de Téléphone (_____) _____

Employé / Membre:

Nom: _____ Date de naissance: J _____ M _____ A _____

Adresse personnelle: _____

Rue

Ville, Province

Code Postal

Adresse électronique: _____ No de Téléphone: (_____) _____

Titre de poste: _____ Catégorie / Division: _____

Dépendante: (Remplir seulement si une réclamation vie dépendante)

Nom: _____ Date de naissance: J _____ M _____ A _____

Relation: Conjoint L'enfant

Détails de la personne qui rapport la perte:

Lien avec l'employé / le membre (S'il vous plaît vérifier ci-dessous):

Employeur / Titulaire de police Courtier Assuré Bénéficiaire Autre: _____

Adresse électronique: _____ No de Téléphone: _____

Profitez ayants droit: Vie de Base Vie Dépendante Renonciation Vie de Premium AD&D Maladies Graves

Date de Décès / Accident / Début de la Maladie: J _____ M _____ A _____ Endroit de Décès / Accident: _____

Nature de la réclamation (maladie, blessure, la vie, paralysie) et Brève Description: _____

Bénéficiaire en cas de mort: _____ Relation: _____

En cas de décès d'un employé / membre, s'il vous plaît aviser si il / elle a quitté:

Conjoint: Oui Non Inconnue Enfant(s): Oui Non Inconnue Si "Oui" . . .

Nom de conjoint: _____ Date de naissance: J _____ M _____ A _____

Nom de L'enfant(s): _____ Date de naissance: J _____ M _____ A _____

[Si plus d'espace est nécessaire, joindre une feuille séparée]

Nom: _____

(S'il vous plaît Imprimer)

Signature

Date

For office use only :	Insurer Policy #:	Cert/Div # :
Do not write in this box Initials:	TPA:	TPA Contact :
	TPA Email:	
	Insured Benefit: \$	Non-Evidence Max: \$
Date Reported to Insurer : D _____ M _____ Y _____	If coverage over NEM, was excess medically underwritten? <input type="checkbox"/> Yes (please attach form) <input type="checkbox"/> No, coverage grandfathered <input type="checkbox"/> N/A, under NEM	
Insurer Name : _____	Unistar Coverage inception date: _____ Prior Coverage to Unistar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Carrier: _____ PC effective date:	