

**DÉCLARATION DE RECLAMATION
PAR LA OU LE BÉNÉFICIAIRE
CLAIM BY BENEFICIARY STATEMENT**

**PREUVES DE DÉCÈS PRÉSENTÉES A L'AMÉRICAINNE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE ET REVENU
PROOFS OF DEATH SUBMITTED TO AMERICAN INCOME LIFE INSURANCE COMPANY**

C.P. 2608, Waco, Texas 76797/P.O. Box 2608, Waco, Texas 76797

NOTE: Ce côté doit être rempli par la ou le bénéficiaire et être envoyé, accompagné du certificat de décès, à l'adresse ci-haut. Veuillez lire les instructions dans la partie du haut à l'endoes du formulaire et la remplir, au besoin.

NOTE: This side is to be completed by the beneficiary of the policy and sent, along with the death certificate, to the above address. Be sure to look at the instructions at the top of the form on the reverse side to see if it must also be completed.

Numéro des polices Policy Numbers				
--------------------------------------	--	--	--	--

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE / INFORMATION ABOUT DECEASED

Nom de la personne décédée/Deceased's name	Date du décès /Date of death
Adresse de la personne décédée /Deceased's address	Lieu du décès (écrire le nom de l'hôpital ou de l'établissement, s'il y a lieu) Place of death (If hospital or institution, give name)
Profession de la personne décédée /Deceased's occupation	Cause du décès/Cause of death
Syndicat et section locale de la personne décédée/ affiliation à une caisse populaire Deceased's union and local #/credit union affiliation	Le décès est le résultat d'un /Did death result from: Suicide <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> /Suicide /Homicide /Accident Si vous avez répondu oui pour les cas d'homicide ou de décès, veuillez nous faire parvenir une copie du rapport d'accident ou de police. Veuillez aussi ajouter tout article de journal pertinent. /If answered yes to Homicide or Accident, please forward copies of accident and/or police report. Also enclose any pertinent newspaper articles.
Date de naissance de la personne décédée /Deceased's birth date	
Quand la personne décédée s'est-elle plainte pour la première fois de sa maladie la plus récente ou quand en a-t-elle donnée les premiers indices? When did deceased first complain or give other indication of last illness?	Quand la personne décédée a-t-elle consulté pour la première fois un médecin concernant sa maladie la plus récente? When did deceased first consult a physician for last illness?

Inscrire le nom et l'adresse des médecins qui ont traité la personne décédée au cours des cinq années précédant son décès:
Give the name and address of physicians who treated deceased during the 5 years prior to death:

Nom /Name	Adresse /Address	Maladie ou état de santé /Disease or condition	Dates /Dates

RENSEIGNEMENTS SUR LA OU LE BÉNÉFICIAIRE / INFORMATION ABOUT BENEFICIARY

Nom de la ou du bénéficiaire /Beneficiary's name	Lien de parenté avec la personne assurée /Beneficiary's relationship to Insured
Adresse de la ou du bénéficiaire /Beneficiary's address	Numéro de téléphone de la ou du bénéficiaire /Beneficiary's telephone number
	Numéro d'assurance sociale de la ou du bénéficiaire Beneficiary's Social Security Number
Avez-vous annexé la police /Is the policy attached? <input type="checkbox"/> Oui /Yes <input type="checkbox"/> Non /No	
Si non, indiquer la raison /If no, reason not attached:	Date de naissance de la ou du bénéficiaire /Beneficiary's birth date
	E-mail d'adresse /E-mail Address

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital (incluant un hôpital pour vétérans), clinique, ou autre établissement connexe, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux ainsi que tout autre organisme à permettre à la personne ayant cette autorisation ou un représentant de consulter, photocopier, recevoir une copie ou d'obtenir tous les renseignements sur une maladie, une lésion, un traitement, une consultation ou le dossier médical actuels ou antérieurs de la personne décédée, et ce au nom de L'Américaine, Compagnie D'Assurance-Vie Et Revenu. Les renseignements obtenus doivent servir à évaluer la présente réclamation et à déterminer notre responsabilité en vertu de la couverture actuelle avec L'Américaine, Compagnie D'Assurance-Vie Et Revenu. La présente autorisation est en vigueur pour un an. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'autorisation originale.

I hereby authorize and request any licensed physician, medical practitioner, hospital (including VA hospital), clinic or other medical related facility, insurance company, the Medical Information Bureau, or other organization to permit bearer or representative to view, copy, be furnished copy or be given detail of all record information in connection with any past or present illness, injury, treatment, consultation or medical history of the deceased in behalf of the American Income Life Insurance Company. Information received is for the purpose of evaluating this claim and determining our liability under existing coverage with American Income Life Insurance Company. This authorization shall remain valid for one year. A photographic copy of this authorization shall be as valid as the original.

Date _____

Signature de la ou du bénéficiaire _____
Signature of beneficiary



**DÉCLARATION DE LA OU DU MÉDECIN
PHYSICIAN'S STATEMENT**

**PREUVES DE DÉCÈS PRÉSENTÉES A L'AMÉRICAIN, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE ET REVENU
PROOFS OF DEATH SUBMITTED TO AMERICAN INCOME LIFE INSURANCE COMPANY**

C.P. 2608, Waco, Texas 76797/P.O. Box 2608, Waco, Texas 76797

Directives: Devez-vous compléter ce côté/Instructions: Completion of this side required? Oui /Yes Non /No
Ce côté doit être complété seulement si la case oui a été cochée. Dans ce cas, demander à la ou au médecin qui a traité la personne décédée lors de sa maladie la plus récente de compléter ce côté du formulaire avant que vous le mettiez à la poste.

This side is necessary only if the block is marked yes. If yes, ask the physician who attended at the last illness of the deceased to complete this side of the form before you mail it to the Company.

Nom de la personne décédée /Deceased's name	Date du décès /Date of death
Cause du décès (Indiquer une seule cause à chacune des cases (a), (b) et (c).) <i>Cause of death (Enter only one cause for each of a, b, and c.)</i>	Temps écoulé entre le début de la maladie et le décès <i>Interval between onset and death</i>
Maladie ou état de santé relié directement au décès: (Ne réfère pas au mode de décès tel que arrêt cardiaque, asthénie, etc. Réfère à la maladie, la lésion ou la complication qui a causé le décès.) <i>Disease or condition directly leading to death: (This does not mean the mode of dying, such as heart failure, asthenia, etc. It means the disease, injury or complication which caused death.)</i>	
(a) _____	(a) _____
Causes antécédentes. (Indiquer les conditions de morbidité, le cas échéant, qui ont provoqué les causes prévues à l'alinéa (a) ci-haut en indiquant en dernier la cause sous-jacente.) <i>Antecedent causes. (Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause (a) stating the underlying cause last.)</i>	
Causé par/Due to (b) _____	(b) _____
Causé par/Due to (c) _____	(c) _____
Autres conditions importantes: (Qui ont contribué au décès mais qui ne sont pas reliées à la maladie ou à l'état de santé qui a provoqué le décès.) <i>Other significant conditions: (Contributing to the death but not related to the disease or condition causing death.)</i>	

Date de la première visite reliée à la maladie la plus récente /Date of First Attendance in Last Illness

Date de la dernière visite reliée à la maladie la plus récente /Date of Last Attendance in Last Illness

Si le décès est attribué à un accident, un suicide ou un homicide, indiquer la cause spécifique. Décrire brièvement. <i>If death was due to accident, suicide or homicide, specify which. Describe briefly.</i>	A-t-on fait une enquête /Was an inquest held? <input type="checkbox"/> Oui /Yes <input type="checkbox"/> Non /No
	A-t-on fait une autopsie /Was an autopsy performed? <input type="checkbox"/> Oui /Yes <input type="checkbox"/> Non /No
	Si oui, qui l'a faite ou les ont faites et quelles sont les conclusions? <i>If so, by whom and with what findings?</i>

Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des 5 années précédant sa maladie la plus récente?
Have you treated or advised the deceased during the 5 year prior to last illness? Oui /Yes Non /No

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été traitée, au cours de ces 5 années, par une ou un autre médecin, dans un hôpital ou dans un établissement?
Did the deceased, to your knowledge, receive treatment during such 5 years from any other physician, or in any Hospital or Institution? Oui /Yes Non /No

Si vous répondez oui à l'une ou l'autre des questions, veuillez compléter ce qui suit. /If Yes to either question, please furnish the following.

Nom de la ou du médecin ou de l'hôpital <i>Name of Physician or Hospital</i>	Adresse <i>Address</i>	Maladie ou état de santé <i>Disease or Condition</i>	Dates <i>Dates</i>

CES DÉCLARATIONS SONT VRAIES ET COMPLÈTES AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE ET DE MON OPINION.
THESE STATEMENTS ARE TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.

Date _____ Signature de la ou du médecin
Signature of physician _____
Adresse
Address _____