

**INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE**

1. Nom de la personne décédée: \_\_\_\_\_ 2. N°(s) de police(s): \_\_\_\_\_
3. État matrimonial au moment du décès :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Conjoint(e) de fait  Veuf(ve)
4. Adresse: \_\_\_\_\_
5. Date de naissance: |—j—|—m—|— a — —| 6. Occupation: \_\_\_\_\_
7. Historique du décès
- A. Quand sa santé a-t-elle commencé à déprimer? |—j—|—m—|— a — —|
- B. Date de la 1<sup>re</sup> consultation pour la dernière maladie: |—j—|—m—|— a — —|
- C. Date du décès: |—j—|—m—|— a — —|
- D. Lieu du décès: \_\_\_\_\_ E. Cause du décès: \_\_\_\_\_
8. Nom et coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Nom de l'hôpital où la personne décédée a été traitée avant son décès : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU MÉDECIN (À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN AYANT CONSTATÉ LE DÉCÈS)(LES FRAIS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU RÉCLAMANT)**

1. Date du décès: |—j—|—m—|— a — —| 2. Depuis quand connaissez-vous la personne décédée? |—j—|—m—|— a — —|
3. Date de la 1<sup>re</sup> consultation pour la condition ayant entraîné le décès: |—j—|—m—|— a — —|
4. Date de la dernière consultation pour la condition ayant entraîné le décès: |—j—|—m—|— a — —|
5. Cause immédiate du décès: \_\_\_\_\_
6. Cause éloignée du décès: \_\_\_\_\_
7. Si le décès résulte: d'un accident  d'un suicide  d'un homicide   
Veuillez expliquer: \_\_\_\_\_
8. Une enquête a-t-elle été tenue?  OUI  NON 9. Une autopsie a-t-elle été pratiquée ?  OUI  NON  
Si oui, donnez les détails complets: \_\_\_\_\_

**Je certifie que les déclarations faites sont complètes et véridiques.**

Nom, prénom: \_\_\_\_\_ (en lettres moulées) Signature: \_\_\_\_\_

Date: |—j—|—m—|— a — —| N° de permis: \_\_\_\_\_  Omnipraticien  
 Spécialiste, précisez: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU RÉCLAMANT (BÉNÉFICIAIRE OU EXÉCUTEUR TESTAMENTAIRE)**

1. A. Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
B. Adresse: \_\_\_\_\_  
C. Lien de parenté avec l'assuré: \_\_\_\_\_  
D. À quel titre faites-vous cette demande? \_\_\_\_\_  
E. Date de naissance: |—j—|—m—|— a — —| F. Téléphone: \_\_\_\_\_
2. Inscrivez les noms des autres médecins ou praticiens qui ont soigné la personne décédée durant les trois dernières années.

NOM(S)	MALADIES OU ANOMALIES

JE CERTIFIE QUE LES DÉCLARATIONS FAITES DANS CE DOCUMENT SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES. JE PERMETS EXPRESSÉMENT, J'AUTORISE ET DONNE INSTRUCTION À TOUT MÉDECIN, CHIRURGIEN OU TOUTE AUTRE PERSONNE QUI A EXAMINÉ OU SOIGNÉ LA PERSONNE DÉCÉDÉE, ET À TOUT HÔPITAL OU AUTRE INSTITUTION AUXQUELS LA PERSONNE DÉCÉDÉE S'EST ADRESSÉE POUR SE FAIRE SOIGNER OU DANS LESQUELS ELLE A REÇU QUELQUE TRAITEMENT, DE RÉVÉLER COMPLÈTEMENT À LA COMPAGNIE OU À SON REPRÉSENTANT DÛMENT AUTORISÉ, TOUS LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSÈDENT SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE.

Signature du réclamant : \_\_\_\_\_ Date : |—j—|—m—|— a — —|  
Signature d'un témoin : \_\_\_\_\_ Date : |—j—|—m—|— a — —|