

Contrat N° : _____

INSTRUCTIONS

1. Remplir la déclaration du réclamant, signer et dater les autorisations.
2. Faire remplir le verso par le médecin.
3. Tous les frais encourus sont à la charge du réclamant.

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE		
NOM ET PRÉNOMS	DATE DE NAISSANCE A, A, A, A M, M J, J	ÉTAT CIVIL AU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
ADRESSE LORS DU DÉCÈS		
ADRESSE PRÉCÉDENTE SI MOINS DE 2 ANS		
2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE DÉCÉDÉE		
1. A-T-ELLE DES ENFANTS? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2. DATE DU DÉCÈS A, A, A, A M, M J, J	3. LIEU DU DÉCÈS
4. LE DÉCÈS EST-IL DÙ À : <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un homicide <input type="checkbox"/> un suicide <input type="checkbox"/> cause naturelle	5. DÉCRIREZ-LE BRIÈVEMENT :	
6. Y A-T-IL EU ENQUÊTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	7. Y A-T-IL EU AUTOPSIE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8. DANS L’AFFIRMATIVE, INDIQUEZ PAR QUI ET DONNEZ LES CONSTATATIONS		
9. AVAIT-ELLE UN CONTRAT DE MARIAGE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	10. AVAIT-ELLE UN TESTAMENT? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11. QUAND LA PERSONNE DÉCÉDÉE A-T-ELLE COMMENCÉ À MONTRER DES SYMPTÔMES DE MAUVAISE SANTÉ? A, A, A, A M, M J, J		
12. QUAND SA DERNIÈRE MALADIE A-T-ELLE COMMENCÉ? A, A, A, A M, M J, J	13. QUELLE EST LA DATE DE LA PREMIÈRE VISITE MÉDICALE POUR LA DERNIÈRE MALADIE? A, A, A, A M, M J, J	
14. LA PERSONNE DÉCÉDÉE A-T-ELLE ÉTÉ TRAITÉE, HOSPITALISÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES?		
NOM DES MÉDECINS OU HÔPITAUX	DATE	RAISON
_____	_____	_____
_____	_____	_____
15. NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN DE FAMILLE		
16. MENTIONNEZ LES AUTRES POLICES D’ASSURANCE SUR LA VIE DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE		
NOM DES COMPAGNIES	DATE DES POLICES	MONTANTS
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
3. USAGE DU TABAC		
1. EST-CE QUE LA PERSONNE DÉCÉDÉE FAISAIT USAGE DU TABAC? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2. SI NON, A-T-ELLE DÉJÀ FUMÉ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3. SI OUI, À QUELLE DATE A-T-ELLE CESSÉ? A, A, A, A M, M J, J
4. IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT		
Nom et prénoms	Date de naissance A, A, A, A M, M J, J	Lien de parenté avec la personne décédée
Adresse : _____ Tél. : _____	À QUEL TITRE FAITES-VOUS CETTE RÉCLAMATION? <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Liquidateur <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Je, soussigné, certifie par les présentes que les réponses aux questions ci-dessus sont inscrites correctement et qu’elles sont entières, complètes et véridiques, au meilleur de ma connaissance. Je déclare qu’elles ont la même valeur que si elles étaient faites sous serment. (TOUS LES FRAIS ENCOURUS POUR LA RÉDACTION DU FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU RÉCLAMANT)		
Signature du témoin	Date A, A, A, A M, M J, J	Signature du réclamant
AUTORISATION	AUTORISATION	
J’autorise par la présente tout professionnel de la santé, tout médecin, tout hôpital, toute clinique, toute compagnie d’assurance ou de réassurance, ou toute autre organisation ou institution publique ou privée détenant des renseignements sur la personne décédée, notamment des renseignements sur son état de santé, ses antécédents médicaux, les traitements qui lui ont été dispensés, ou tout autre renseignement pertinent à la présente demande de règlement, à communiquer ces renseignements à SSQ, Société d’assurance-vie inc., ses mandataires, ses fournisseurs de services et ses réassureurs afin de leur permettre d’analyser la demande de règlement faite en vertu du contrat d’assurance dont le numéro est ci-dessous mentionné ainsi que la validité de ce contrat. J’autorise également SSQ, Société d’assurance-vie inc. et ses mandataires à échanger ces renseignements avec d’autres compagnies d’assurance, compagnies de réassurance ou fournisseurs de service dans le cadre de l’analyse de ma demande. Une photocopie de la présente autorisation aura la même valeur que l’original.	J’autorise par la présente tout professionnel de la santé, tout médecin, tout hôpital, toute clinique, toute compagnie d’assurance ou de réassurance, ou toute autre organisation ou institution publique ou privée détenant des renseignements sur la personne décédée, notamment des renseignements sur son état de santé, ses antécédents médicaux, les traitements qui lui ont été dispensés, ou tout autre renseignement pertinent à la présente demande de règlement, à communiquer ces renseignements à SSQ, Société d’assurance-vie inc., ses mandataires, ses fournisseurs de services et ses réassureurs afin de leur permettre d’analyser la demande de règlement faite en vertu du contrat d’assurance dont le numéro est ci-dessous mentionné ainsi que la validité de ce contrat. J’autorise également SSQ, Société d’assurance-vie inc. et ses mandataires à échanger ces renseignements avec d’autres compagnies d’assurance, compagnies de réassurance ou fournisseurs de service dans le cadre de l’analyse de ma demande. Une photocopie de la présente autorisation aura la même valeur que l’original.	
Signature du liquidateur ou bénéficiaire	Signature du liquidateur ou bénéficiaire	
N° de contrat d’assurance	Date A, A, A, A M, M J, J	N° de contrat d’assurance
		Date A, A, A, A M, M J, J

Contrat N° : _____

INSTRUCTIONS

1. Remplir et retourner au réclamant.
2. Tous les frais encourus pour la rédaction de ce formulaire sont à la charge du réclamant.

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE		
NOM ET PRÉNOMS DU DÉFUNT		DATE DU DÉCÈS A , A , A , A M , M J , J
RÉSIDENCE AU DÉCÈS		LIEU DU DÉCÈS
ÂGE AU DÉCÈS	DATE DE NAISSANCE A , A , A , A M , M J , J	SI LE DÉCÈS EST SURVENU DANS UN HÔPITAL OU AUTRE INSTITUTION, DONNEZ-EN LE NOM

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE DÉCÉDÉE	
CAUSE DU DÉCÈS – INDIQUEZ UNE SEULE CAUSE POUR CHAQUE PARAGRAPHE A), B) ET C)	INTERVALLE ENTRE LE DÉBUT DE L'ÉTAT MORBIDE ET LE DÉCÈS
a) Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès	
b) Causes secondaires, maladie chronique, infirmité, etc. – États morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité.	
c) Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué).	
DATE DES PREMIERS SOINS POUR LA DERNIÈRE MALADIE A , A , A , A M , M J , J	DATE DES DERNIERS SOINS POUR LA DERNIÈRE MALADIE A , A , A , A M , M J , J
LE DÉCÈS EST-IL DÙ À : <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un homicide <input type="checkbox"/> un suicide <input type="checkbox"/> cause naturelle Date de l'événement : A , A , A , A M , M J , J	DÉCRIVEZ-LE BRIÈVEMENT :
Y A-T-IL EU ENQUÊTE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Y A-T-IL EU AUTOPSIE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DANS L'AFFIRMATIVE, INDIQUEZ PAR QUI ET DONNEZ LES CONSTATATIONS	
	OUI NON
Avez-vous traité la personne ci-haut mentionnée ou vous a-t-elle consulté au cours des 2 dernières années précédant la dernière maladie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
À votre connaissance, au cours des 2 dernières années, cette personne a-t-elle pris des médicaments en relation avec la dernière maladie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
À votre connaissance, au cours des 2 dernières années, cette personne a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou autre institution?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À L'UNE OU L'AUTRE DE CES QUESTIONS, DONNEZ LES DÉTAILS SUIVANTS :

NOM	ADRESSE	NATURE DE LA MALADIE OU LÉSION	NOM DES MÉDICAMENTS	DATES

DATE	SIGNATURE X	M.D.	NUMÉRO DE PERMIS
ADRESSE			