

			N°(S) DE POLICE(S)	
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE				
NOM DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE		DATE DE NAISSANCE JJ / MM / AAAA		LIEU DE NAISSANCE
DERNIÈRE ADRESSE AU CANADA				
CITOYENNETÉ	N° DE PASSEPORT	PROFESSION	N.A.S.	
DÉTAILS DE TOUTE AUTRE ASSURANCE				
RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE				
DATE À LAQUELLE LA PERSONNE DÉCÉDÉE A QUITTÉ LE CANADA JJ / MM / AAAA			DURÉE PRÉVUE DU VOYAGE	
ITINÉRAIRE PRÉVU				
BUT DU VOYAGE				
LIGNE AÉRIENNE AU DÉPART DU CANADA	N° DE VOL	AÉROPORT OÙ S'EST EFFECTUÉ LE DÉPART	L'ARRIVÉE	
LE BILLET DE RETOUR EST-IL RÉSERVÉ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, donnez détails sur le billet :</i>				
RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉCÈS				
ADRESSE À L'ÉTRANGER AU MOMENT DU DÉCÈS				
LIEU EXACT DU DÉCÈS		DATE DU DÉCÈS JJ / MM / AAAA		HEURE DU DÉCÈS
CAUSE EXACTE DU DÉCÈS				
Remplir une des deux sections suivantes :	A - ACCIDENT			
	DÉTAILS DE L'ACCIDENT			
	NOM(S) ET ADRESSE(S) DU(DES) TÉMOIN(S)			
	NOM DU POLICIER ET DU POSTE DE POLICE CONCERNÉS			
	B – CAUSES NATURELLES			
NATURE DE LA MALADIE			DATE DU DÉBUT DE LA MALADIE JJ / MM / AAAA	
À REMPLIR DANS LES DEUX CAS (Accident ou Causes naturelles)				
NOM DE L'HÔPITAL CONCERNÉ			NOMS DES MÉDECINS CONCERNÉS	
NOM DU MÉDECIN SIGNATAIRE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS		AUTOPSIE	ENQUÊTE DU CORONER	
CONSULAT OU AMBASSADE CONCERNÉE? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, donnez détails:</i>				

RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉCÈS (suite)**ENTERREMENT OU INCINÉRATION**

LA PERSONNE DÉCÉDÉE A-T-ELLE ÉTÉ ENTERRÉE OU INCINÉRÉE?

 Non Oui *Si oui, où a-t-elle été enterrée ou incinérée :*

QUELS DOCUMENTS ONT ÉTÉ OBTENUS POUR L'ENTERREMENT OU L'INCINÉRATION?

NOMS ET ADRESSES DE DEUX PERSONNES PRÉSENTES QUI NE SONT PAS APPARENTÉES À LA PERSONNE DÉCÉDÉE :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LE DEMANDEUR

NOM DU DEMANDEUR

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

LIEN AVEC LA PERSONNE DÉCÉDÉE

DATE DE NAISSANCE

JJ / MM / AAAA

ADRESSE

**Je déclare par la présente que les renseignements ci-dessus
sont conformes à la vérité en autant que je sache et à ce que je crois.**

SIGNATURE DU DEMANDEUR

DATE DE LA SIGNATURE

X

JJ / MM / AAAA