

Instructions

Contrat n° : _____

- Remplir et retourner au réclamant.
- 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 précipité		
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 dû à : <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un homicide	Date de l'évènement : A A A A M M J J	Décrivez-le brièvement
Y a-t-il eu enquête? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Y a-t-il eu autopsie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, indiquez par qui et donnez les constatations

Avez-vous traité la personne ci-haut mentionnée ou vous a-t-elle consulté au cours des 3 années précédentes la dernière maladie ?	Oui	Non
À votre connaissance, au cours des 3 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 3 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
				A A A A M M J J
				A A A A M M J J
				A A A A M M J J
				A A A A M M J J

La personne décédée faisait-elle usage de tabac sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigare, pipe, cigarillos) ou toute autre forme? Non Oui

Avait-elle déjà fait usage de tabac? Non Oui Si oui, date de l'arrêt tabagique : | A | A | A | A | M | M | J | J |

X Signature	Date A A A A M M J J	Numéro de permis
Adresse _____		

