

### 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 tout 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 |

<b>X</b> Signature	Date   A   A   A   A   M   M   J   J	Numéro de permis
Adresse _____		

### Instructions

Policy No.: \_\_\_\_\_

1. Fill out and return to claimant.
2. All costs incurred are at the claimant's expense.

## 1. Identification of the Deceased Person

Surname and given names of the deceased	Date of death   Y   Y   Y   Y   M   M   D   D
Residence at time of death	Place of death
Age at death	Date of birth   Y   Y   Y   Y   M   M   D   D
If death occurred in a hospital or other institution, please give the name	

## 2. Identification on the Deceased Person

Cause of death – Indicate a single cause for each of paragraphs (a), (b) and (c) below		Interval between the onset of morbidity and death
a) Illness or state of morbidity that caused death directly.		
b) Secondary causes – State of morbidity that led eventually to the precipitate state.		
c) Other major morbid states (that contributed to death but unrelated to the illness or morbid state that caused it).		
Date of initial care for the last illness   Y   Y   Y   Y   M   M   D   D	Date of final care for the last illness   Y   Y   Y   Y   M   M   D   D	
Was death due to: <input type="checkbox"/> an accident <input type="checkbox"/> a murder	Date of event:   Y   Y   Y   Y   M   M   D   D	Describe it briefly
Was there an investigation? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Was there an autopsy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If yes, indicate by whom and provide the observations

Have you treated the person mentioned above, or did this person consult you, in the three years preceding the final illness?	Yes	No
To your knowledge, in the final three years, did this person take medication in relation to the final illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
To your knowledge, in the final three years, was this person treated by other physicians or in a hospital or other institution?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you have answered yes to any of these questions, give the following details:

Name	Address	Type of illness or injury	Names of medications	Dates
				Y   Y   Y   Y   M   M   D   D
				Y   Y   Y   Y   M   M   D   D
				Y   Y   Y   Y   M   M   D   D
				Y   Y   Y   Y   M   M   D   D

Does the patient use tobacco products (cigarette, cigar, pipe, cigarillos) or in any other form?  No     Yes

Has the patient ever used tobacco products?  No     Yes    If yes, when did the patient stop? | Y | Y | Y | Y | M | M | D | D |

<b>X</b> Signature	Y   Y   Y   Y   M   M   D   D   Date	Licence number
Address		