

*Veillez écrire à l'encre*

**Les frais encourus pour remplir ce formulaire sont la responsabilité du demandeur**

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| Nom du défunt au complet | Numéro de la police  |
| <input type="text"/>     | <input type="text"/> |

Adresse au moment du décès

Rue

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ville                | Province             | Code Postal          | Occupation           |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|  |                             |                      |
|--|-----------------------------|----------------------|
| Âge lors du décès ou Date de naissance | Date du décès               | Lieu du décès        |
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/>        | <input type="text"/> |
| ( J J / M M M M / A A A A )            | ( J J / M M M M / A A A A ) |                      |

(Le cas échéant, donner le nom de l'hôpital ou de l'institution)

Cause immédiate du décès (C'est-à-dire maladie, blessure ou complication ayant causé le décès)

|   |   |
|---|---|
| À quelle date situe-t-on le début du premier symptôme ou signe, selon le dossier médical? | Selon vous, depuis combien de temps cette maladie ou condition existait-elle? |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| ( J J / M M M M / A A A A )   |   |

Autres conditions importantes: (Ayant contribué au décès sans être en rapport direct avec la maladie ou la condition qui a causé le décès)

Si le décès est dû à un accident, suicide ou homicide, veuillez préciser lequel et décrire brièvement.

|   |   |   |
|---|---|---|
| Une enquête a-t-elle eu lieu?                             | Y a-t-il eu une autopsie?                                 | Dans l'affirmative, qui l'a pratiquée et quels en furent les résultats? |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/>  |

Le défunt était-il connu comme fumeur?

Oui  Non

Avez-vous traité ou conseillé le défunt dans les cinq ans précédant la dernière maladie?

Oui  Non

À votre connaissance, le défunt a-t-il été soigné dans les cinq dernières années par un autre médecin ou dans un hôpital ou institution?

Oui  Non

Dans l'affirmative à l'une ou l'autre des deux dernières questions, veuillez indiquer:

|                                      |                      |                                  |                             |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Nom du médecin, hôpital, institution | Adresse              | Nature de la maladie ou blessure | Date                        |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/>        |
|                                      |                      |                                  | ( J J / M M M M / A A A A ) |

|   |
|---|
| Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) |
| <input type="text"/>                        |
| ( J J / M M M M / A A A A )                 |

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

|                          |                      |                      |                      |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Adresse                  | Ville                | Province             | Code Postal          |
| Rue <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Signature  MD  Date

( J J / M M M M / A A A A )