

Preuve de décès – Déclaration du médecin

Le demandeur est responsable de tous les frais liés au remplissage de ce formulaire

Nom du défunt au complet _____ Numéro de la police _____

Adresse à l'heure du décès
Rue _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____ Occupation _____

Âge lors du décès ou _____ Date de naissance _____ Date du décès _____ Lieu du décès _____
(J J / M M / A A A A) (J J / 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?
(J J / 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? Oui Non Y a-t-il eu une autopsie? Oui Non Dans l'affirmative, qui l'a pratiquée et quels en furent les résultats?

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

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) _____ Numéro de téléphone _____

Adresse
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Signature _____ MD _____ Date _____
(J J / M M / A A A A)