

PREUVE DE DÉCÈS – DÉCLARATION DU MÉDECIN

Le demandeur est responsable des frais engagés pour remplir ce formulaire.

Le masculin s'entend du féminin et le singulier du pluriel, selon le contexte.

Veillez soumettre les signatures originales à l'Empire Vie.

| | | | |
|---|----------------------------|---|----------------------|
| 1. Renseignements sur le défunt | | | |
| Nom du défunt (prénom, second prénom, nom de famille) | | | N° de contrat/police |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa) | Date de décès (jj/mm/aaaa) | Lieu du décès (si survenu à l'hôpital ou en institution, veuillez en préciser le nom) | |
| Résidence au moment du décès (numéro et rue) | | Ville | Province Code postal |
| À votre connaissance, le défunt a-t-il déjà fait usage de cigarettes, de cigarillos, de plus de 12 gros cigares, de petits cigares, de hachich, de tabac à chiquer, de substituts de nicotine, de tabac à priser, de marijuana, de noix de bétel ou de pipes? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu Si « oui », veuillez indiquer la quantité par jour : Cigarette _____ Pipe/cigare _____ Marijuana _____ Autres produits _____ Pendant combien de temps le défunt a-t-il fait usage de ces produits? _____ | | | |
| Le défunt a-t-il déjà cessé d'utiliser ces produits? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu – si oui, veuillez spécifier quand et pendant combien de temps : | | | |
| 2. Cause du décès (veuillez n'indiquer qu'une seule cause pour chacun des points a, b et c) | | | |
| a) Veuillez préciser la maladie ou l'affection ayant causé directement le décès (il ne s'agit pas de la façon de mourir, telle qu'une crise cardiaque, une asthénie, etc., mais plutôt de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a causé le décès.) | | | |
| Maladie/affection | | Début des symptômes (jj/mm/aaaa) | |
| b) Veuillez préciser la cause antécédente (état pathologique (s'il y a lieu) ayant causé la maladie ou l'affectation inscrite ci-dessus) | | | |
| Cause | | Début des symptômes (jj/mm/aaaa) | |
| c) Attribuable à, ou comme conséquence de : | | Début des symptômes (jj/mm/aaaa) | |
| Autres affections importantes : | | | |
| Date de la première consultation pour la maladie la plus récente (jj/mm/aaaa) | | Date de la dernière consultation pour la maladie la plus récente (jj/mm/aaaa) | |
| Date du diagnostic (jj/mm/aaaa) | | Date à laquelle le défunt a été informé de la maladie (jj/mm/aaaa) | |
| Le décès est-il dû à : <input type="radio"/> un accident <input type="radio"/> un suicide <input type="radio"/> un homicide? | | | |
| Veuillez décrire brièvement : | | | |
| Y a-t-il eu une enquête? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non A-t-on pratiqué une autopsie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, veuillez indiquer quelles ont été les conclusions : | | | |

3. Renseignements sur le traitement

Avez-vous traité ou conseillé le défunt au cours des 5 dernières années, avant sa dernière maladie? oui non
 À votre connaissance, le défunt a-t-il reçu au cours des 5 dernières années des traitements de tout autre médecin, hôpital ou institution? oui non – si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, veuillez fournir les renseignements suivants :

| Nom (médecin, hôpital, institution) | Adresse | Nature de la maladie/ de la blessure | Date(s) |
|-------------------------------------|---------|---|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. Signature du médecin

| | | | |
|------------------------------|---------------------|------------------|-------------|
| Signature X | | Date (jj/mmm/aa) | |
| Nom | Numéro de téléphone | Diplôme | |
| Adresse (numéro et rue) | Ville | Province | Code postal |