

QUESTIONNAIRE SUR LE DÉCÈS À L'ÉTRANGER

Veuillez écrire lisiblement et répondre à toutes les questions. Les réponses incomplètes peuvent retarder le traitement de votre demande de règlement. Pour tout renseignement additionnel, vous pouvez utiliser une feuille séparée.

Nom complet de la personne décédée	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Adresse	Numéro(s) de police

1. Renseignements sur le décès

Cause du décès	Date du décès (jj/mm/aaaa)
Lieu du décès (ville, pays)	
L'ambassade canadienne ou le consulat canadien a-t'il été informé du décès de cette personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si vous répondez « oui », veuillez fournir le nom de la personne-ressource et tout numéro de téléphone ou de télécopieur (si disponible).	

2. Renseignements sur le voyage

Veillez fournir tout document d'identification original, y compris le billet d'avion, utilisé pour le voyage (par ex. passeport annulé).

Date d'achat du billet (jj/mm/aaaa)	Date de départ du Canada de la personne décédée (jj/mm/aaaa)	Durée prévue du voyage
Motif du voyage		
Nom de l'agence de voyage où le billet a été acheté		Nom de la compagnie aérienne ou maritime
La personne décédée a séjourné à : <input type="radio"/> Hôtel <input type="radio"/> Maison privée <input type="radio"/> Autre _____	Nom de l'hôtel ou du propriétaire de la maison	
	Adresse de l'hôtel ou du propriétaire de la maison	
Nom de toute personne qui a accompagné la personne décédée		Numéro(s) de téléphone
Adresse de toute personne qui accompagné la personne décédée		

Si la cause du décès est naturelle, veuillez remplir la section 3. Si la cause du décès est accidentelle, passez à la section 4.

3. Renseignements sur la maladie - Veuillez fournir une copie de tous les frais médicaux en lien avec le traitement suivi.

Quels étaient les symptômes de la personne décédée et à quel moment ont-ils fait leur apparition pour la première fois?		
Date où la personne décédée a communiqué avec un médecin (jj/mm/aaaa)	Nom du médecin	
Adresse du médecin		Spécialité
Date de diagnostic de la maladie (jj/mm/aaaa)	Diagnostic	
Traitement prescrit		
La personne décédée a-t-elle été hospitalisée? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si vous répondez « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :		
Nom et adresse de l'hôpital		Date de l'hospitalisation (jj/mm/aaaa)
Nom du médecin traitant		
Nom de toute personne qui a payé les frais d'hospitalisation		Lien avec la personne décédée

4. Renseignements sur l'accident**Veillez fournir une copie du rapport de l'accident et tous les frais médicaux en lien avec le traitement suivi.**

À quel endroit l'accident a-t-il eu lieu?	Date (jj/mm/aaaa)	Heure
Y avait-il des témoins? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Si vous répondez « oui », veuillez inscrire ci-dessous le nom et les coordonnées de ces personnes :		
Cause de l'accident : <input type="radio"/> Collision entre véhicules motorisés <input type="radio"/> Défectuosité mécanique <input type="radio"/> Autre _____ (indiquez la cause)	La personne décédée était-elle passagère ou conductrice d'un véhicule motorisé impliqué dans l'accident? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Nom des autorités locales contactées au moment de l'accident	L'accident a-t-il fait l'objet d'une enquête? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Nom du responsable de l'enquête		
Des accusations ont-elles été portées? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - Si vous répondez « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :		
Accusations	Non de la (des) personne(s) accusée(s)	
La personne décédée a-t-elle été hospitalisée à la suite de l'accident? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – Si vous répondez « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :		
Nom et adresse de l'hôpital	Date de l'hospitalisation (jj/mm/aaaa)	
Nom du médecin traitant		
Quelqu'un a-t-il accompagné la personne décédée à l'hôpital? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – Si vous répondez « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :		
Nom de la (des) personne(s) qui a (ont) payé les frais médicaux	Lien avec la personne décédée	

5. Une autopsie ou une enquête du coroner a-t-elle été faite? oui non**Si vous répondez « oui », veuillez fournir une copie du rapport d'autopsie ou des conclusions de l'enquête du coroner.**

La personne décédée a-t-elle été enterrée ou incinérée outre-mer? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Si vous répondez « oui », veuillez fournir une copie de tous les reçus et factures.	
Nom du représentant familial qui a autorisé le rapatriement du corps pour l'incinération ou l'enterrement	
Endroit de la cérémonie d'incinération ou d'enterrement	Date de la cérémonie (jj/mm/aaaa)
Témoins de la cérémonie - 2 témoins (autre que les membres de la famille) sont exigés.	
Nom du premier témoin	Adresse et numéro de téléphone
Le témoin lit-il et comprend-il le français? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – Si vous répondez « non », veuillez préciser sa langue de préférence :	
Nom du deuxième témoin	Adresse et numéro de téléphone
Le témoin lit-il et comprend-il le français? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – Si vous répondez « non », veuillez préciser sa langue de préférence :	

6. Nom du médecin de famille de la personne décédée

Adresse

Raison de la dernière visite	Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)
La personne décédée a-t-elle reçu un traitement ou s'est-elle fait prescrire des médicaments? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – Si vous répondez « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :	
La personne décédée prenait-elle des médicaments pendant son voyage à l'extérieur du Canada? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – Si vous répondez « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :	

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques à ma connaissance.

Signature du demandeur X	Nom du demandeur (en lettres moulées)
Signé à (ville et province)	Date (jj/mm/aaaa)