

1. Numéro du ou des contrats			
2. Nom et prénom(s) de la personne décédée	Date de naissance (..... / /)			
3. Adresse lors du décès			
4. État civil lors du décès	célibataire <input type="checkbox"/>	mariée <input type="checkbox"/>	veuve <input type="checkbox"/>	
	séparée de fait <input type="checkbox"/>	séparée légalement <input type="checkbox"/>	divorcée <input type="checkbox"/>	
5. Si la personne décédée était mariée, séparée, veuve ou divorcée, donnez le nom du dernier époux ou de la dernière épouse.			
6. La personne décédée avait-elle : Répondez oui ou non à chaque case. Si oui, donnez la date de l'acte légal visé.	Un testament * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Un contrat de mariage ou d'union civile oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	Date : * Si oui, joindre une copie du testament.		Date :	
7. Avez-vous effectué la demande de recherche testamentaire? Si oui, joindre les copies des certificats de recherche testamentaire.	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (Si oui, joindre les copies des certificats de recherche testamentaire.)			
8. Laisse-t-elle des enfants?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (Si oui, combien leur âge.....)			
9. Date et lieu du décès (si c'est un hôpital, inscrire le nom et l'adresse) – Joindre l'original de la preuve du décès.	Date :			
	Lieu :			
10. Cause immédiate du décès			
11. La personne décédée faisait-elle usage de tabac sous une forme quelconque?	oui <input type="checkbox"/> Depuis le / / Usage quotidien (nbr)			
	non <input type="checkbox"/> A-t-elle fait usage de tabac dans le passé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, à quelle date a-t-elle cessé l'usage du tabac : / /			
12. Quand la personne décédée a-t-elle commencé à montrer des signes de mauvaise santé?	Quand sa dernière maladie a-t-elle commencé?			
13. Quand pour la première fois un médecin a-t-il été consulté pour la dernière maladie?			
14. Quand la personne décédée se rendit-elle pour la dernière fois à son emploi habituel?	(Dernière profession.....)			
15. Nom et adresse des médecins qui ont traité la personne décédée au cours des cinq dernières années ainsi que des hôpitaux où elle a séjourné.	Nom	Adresse	Date	
	Maladie			
	a).....
	b).....
c).....	
16. Détails des contrats détenus dans d'autres compagnies, sur la vie de la personne décédée.	Nom de la compagnie	Date du contrat	Montant	
	Nom de la compagnie	Date du contrat	Montant	
.....	
17. À quel titre faites-vous cette demande?	bénéficiaire <input type="checkbox"/>	héritier légal <input type="checkbox"/>	exécuteur testamentaire <input type="checkbox"/>	
	tuteur <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
18. Quelle est votre date de naissance?/...../.....	Numéro d'assurance sociale : (sera utilisé à des fins fiscales seulement)			

Je, soussigné(e), certifie par les présentes que les réponses aux questions ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, exactes, complètes et qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites sous serment.

Signature du témoin

Signature du réclamant

Date

Adresse du réclamant

Tél. :

DÉCLARATIONS DU MÉDECIN TRAITANT (toutes les réponses doivent être l'œuvre du médecin)		
1. Nom et prénom(s) de la personne décédée		
2. Âge apparent de la personne décédée		
3. L'avez-vous traitée durant sa dernière maladie?		
4. À votre connaissance, la personne décédée faisait-elle usage de tabac sous une forme quelconque?		
5. À quelle date a-t-elle montré les premiers symptômes de sa dernière maladie?		
6. Date de la première et de la dernière consultation en rapport avec la dernière maladie	Première consultation :	Dernière consultation :
7. Date et lieu du décès	Date :	Lieu :
8. Quelle maladie fut la cause du décès?		
9. Quelles autres maladies ont pu contribuer au décès? (mentionnez leur durée)		
10. Y a-t-il eu opérations? Si oui, donner les dates et les genres d'opérations.		
11. Y a-t-il eu autopsie? Si oui, par qui et quels en furent les résultats?		
12. Y a-t-il eu enquête judiciaire? Si oui, par qui et quels en furent les résultats?		
13. (a) Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté avant sa dernière maladie?	(a)	
(b) Si oui, à quelles dates et pour quelles maladies?	(b)	
14. (a) Au cours des cinq dernières années, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou dans des hôpitaux?	(a) Nom du médecin Date des traitements Nature de la maladie ou de l'hôpital	
(b) Si oui, donnez le nom des médecins ou des hôpitaux, les dates des traitements et la nature de la maladie.	(b)	
15. Renseignements supplémentaires : (Utiliser le verso si nécessaire)	

Je, soussigné(e), certifie par la présente que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques, et qu'elles sont faites au meilleur de ma connaissance.

Date

Signature du médecin

Nom du médecin (en lettres moulées) et no de permis

Adresse du médecin

N.B. Le réclamant est responsable des honoraires requis pour ce rapport.

625, rue Saint-Amable
Case postale 16040
Québec (Québec) G1K 7X8
418 644-4106 ou 1 888 703-4480
Télécopieur : 418 643-8597 ou 1 866 375-9780

À remplir par le réclamant

Nom et prénom de la personne décédée ou en période d'invalidité

Nom

Prénom

Par la présente, je soussigné(e), vous autorise à transmettre au directeur médical de l'assureur une copie conforme certifiée du dossier médical complet ainsi que tout renseignement au sujet des soins médicaux qui ont été prodigués à la personne susmentionnée, comprenant consultations, traitements, opérations, etc.

Les personnes ou organismes ainsi autorisés à transmettre des renseignements sont les suivants :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">a médecinb médecin spécialistec chiropraticiend psychologuee pharmacienf optométristeg toute personne tenue par la Loi au secret professionnelh tout établissement où exercent ces personnesi tout établissement au sens de la Loi sur les services santé et services sociaux | <ul style="list-style-type: none">j toute autorité gouvernementalek tout bureau de compensationl toute compagnie d'assurancem tout autre organisme, institution, établissement ou personne détenant des dossiers ou des renseignements sur cette personne :<ul style="list-style-type: none">- Régie des rentes du Québec- Régie de l'assurance maladie du Québec- Commission de la santé et de la sécurité du travail- Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances- Société de l'assurance automobile du Québecn l'employeur de la personne décédée ou en invalidité |
|---|---|

À remplir et signer par le réclamant

J'autorise cette demande de renseignements à titre de _____
(Précisez : preneur, assuré, bénéficiaire, héritier, liquidateur, etc.)

Numéro(s) de contrat(s) : _____

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 ____ .

Témoïn

Signature du réclamant