



PREUVE DE DÉCÈS – DÉCLARATION DU MÉDECIN

Le présent formulaire doit être rempli par la coroner ou le coroner, ou encore la médecin ou le médecin traitant de la dernière consultation.

Nota : L'attestation médicale est conforme aux recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé, tenue à Genève le 24 juillet 1948.

Elle a été acceptée par tous les États des États-Unis et toutes les provinces canadiennes. Pour assurer l'exactitude des statistiques de l'état civil, veuillez vous conformer à la liste internationale des causes de décès. Des réponses incomplètes ou des renseignements manquants causeront un retard de l'évaluation et du traitement de ce dossier.

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada n'est pas tenue responsable des frais pouvant être exigés pour l'obtention de ces renseignements.

N° de contrat : _____ Prénom et nom de famille de la personne décédée : _____

Date de décès : _____ Résidence au décès : _____
mm/jj/aaaa

Lieu du décès : _____ Âge au décès et date de naissance : _____ / _____
Si hôpital ou établissement, veuillez fournir le nom mm/jj/aaaa

Cause du décès (Veuillez inscrire une seule cause pour a, b et c.)

Maladie ou affection conduisant directement au décès :

(Il ne s'agit pas de la façon dont la personne est décédée, comme une insuffisance cardiaque ou une asthénie, etc. Il s'agit plutôt de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a causé le décès.) :

a)

Causes antécédentes (conditions morbides, le cas échéant, ayant entraîné la cause (a) ci-dessus, en indiquant la cause sous-jacente en dernier lieu) :

Causé par : b)

Causé par : c)

Autres conditions importantes (ayant contribué au décès, mais non liées à la maladie ou à l'affection causant le décès) :

La personne décédée était-elle incapable de travailler depuis le début de l'invalidité? Dans la négative, quand a-t-elle cessé de travailler?

Intervalle entre le début de l'affection et le décès :

a)

b)

c)

Date des premiers soins pour la dernière maladie :

Si le décès a été causé par un accident, un suicide ou un homicide, veuillez préciser la cause et décrire brièvement.

Date des premiers soins pour la dernière maladie :

Y a-t-il eu enquête? Oui Non

Y a-t-il eu autopsie? Oui Non

Dans l'affirmative, par qui et quelles étaient les constatations?



PREUVE DE DÉCÈS – DÉCLARATION DU MÉDECIN

Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des trois dernières années précédant la dernière maladie? Oui Non

À votre connaissance, au cours des trois dernières années, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou dans un hôpital ou un autre établissement? Oui Non

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une de ces questions ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom : _____

Adresse : _____

Nature de la maladie ou de la blessure : _____ Dates : _____

À votre connaissance, la personne décédée fumait-elle? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer pendant combien de temps (environ). Veuillez cocher une seule case : Cigarettes Pipes Cigares
 Marijuana Autre _____

Nom de famille de la médecin ou du médecin ayant rempli le présent formulaire : _____

Prénom : _____

Médecin de famille Spécialiste (Veuillez préciser la spécialité.) : _____

Adresse de la médecin ou du médecin (numéro et rue) : _____ Appartement ou bureau : _____

Ville ou municipalité : _____ Province : _____

Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature : _____ Date _____

Veuillez nous faire parvenir le présent formulaire dûment rempli par télécopieur au **1 888 505-4373** ou par la poste à l'adresse suivante (veuillez ne pas utiliser d'agrafes) :

Assurance vie Équitable du Canada
Service des réclamations d'assurance invalidité, Assurance collective
One Westmount Road North
P.O. Box 1603 Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Veuillez conserver une copie du présent formulaire pour vos dossiers.

Remarque : L'Assurance vie Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 265-4556.