


N° réclamation

PREUVE DE DÉCÈS

INSTRUCTIONS

1. Veuillez annexer un certificat de décès.
2. Si le décès est dû à un accident, veuillez annexer des coupures de journaux décrivant l'accident.
3. Veuillez signer l'autorisation au bas de cette formule.
4. Une seule formule à remplir pour toutes les polices que détenait le décédé.

| | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------|--|----------|
| Nom et prénoms du décédé | | Numéro(s) de police | | Numéro(s) de formule | |
| Adresse du décédé | | a) _____ | a) _____ | | |
| | | b) _____ | b) _____ | | |
| | | c) _____ | c) _____ | | |
| | | d) _____ | d) _____ | | |
| Date de naissance du décédé (MM/JJ/AAAA) | | Date du décès (MM/JJ/AAAA) | | e) _____ | e) _____ |
| | | | | f) _____ | f) _____ |
| Nom et adresse de l'employeur | | | Occupation au moment du décès | | |
| Veuillez inscrire tous les noms des autres compagnies avec lesquelles le décédé détenait une assurance vie, accident ou maladie. | | | | | |
| Veuillez inscrire le nom de tous les médecins qui ont traité le décédé durant les 5 dernières années, incluant la dernière maladie ou blessure. | | | | | |
|  emier traitement (A) Une compagnie de Chubb décès est dû à une MALADIE | | Le décédé a-t-il eu la même maladie ou maladie similaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI, inscrire la date (MM/JJ/AAAA) | | Nature de la maladie | |
| Veuillez remplir si le décès est dû à un AC- CIDENT | Date de l'accident (MM/JJ/AAAA) | Nature des blessures | | Veuillez spécifier l'endroit exact où était le décédé au moment de l'accident | |
| | Veuillez décrire en détail comment l'accident est survenu | | | Que faisait le décédé au moment de l'accident? | |
| Nom, prénom et adresse du bénéficiaire | | Date de naissance (MM/JJ/AAAA) | | Lien de parenté avec le décédé | |
| | | Si vous n'êtes pas le bénéficiaire, de quel droit réclamez-vous les prestations de cette police? | | | |
| | | Si vous désirez choisir une des options de règlement décrites dans la police d'assurance vie en question au lieu d'une somme globale, veuillez signer ci-dessous. Non applicable aux polices accident | | | |
| | | Date (MM/JJ/AAAA) | | Signature - Bénéficiaire | |

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE tous les hôpitaux, médecins ou autres personnes qui ont traité ou examiné _____, maintenant décédé, à révéler sur demande de la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique ou de ses représentants, chacune et toutes les informations concernant toute maladie ou blessure, l'histoire médicale, consultation, examens ou traitements et de fournir les copies de tous les rapports d'hôpitaux, médicaux ou autopsie. Une photocopie de cette autorisation est considérée comme étant aussi valide que l'original.

Date (MM/JJ/AAAA)

Bénéficiaire

Le plus proche parent

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT POUR DÉCÈS

| | | | | |
|--|--|--|---|-----|
| Nom et prénoms du décédé | | Date du décès (MM/JJ/AAAA) | Lieu du décès | Âge |
| Adresse | | Date du premier traitement pour la dernière maladie ou blessure (MM/JJ/AAAA) | | |
| | | Date du dernier traitement pour la dernière maladie ou blessure (MM/JJ/AAAA) | | |
| Si le décédé fut hospitalisé pour la dernière maladie ou blessure, veuillez inscrire le nom et l'adresse de l'hôpital | | | Du (MM/JJ/AAAA) | |
| | | | Au (MM/JJ/AAAA) | |
| Causes du DÉCÈS (Veuillez inscrire seulement une cause par ligne a, b et c) | Cause immédiate du décès | | Durée | |
| | a) _____ | | a) _____ | |
| | Causes antécédentes | | | |
| | b) _____ | | b) _____ | |
| c) _____ | | c) _____ | | |
| Autres maladies significatives (conditions contribuant au décès, mais non en relation avec la maladie ou condition causant le décès). | | | | |
| Une autopsie fut-elle faite? Si OUI, veuillez inscrire le nom et l'adresse du médecin qui a fait cette autopsie. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| Si le décès a été causé par un ACCIDENT veuillez remplir | Date de l'accident (MM/JJ/AAAA) | | L'histoire décrivant comment l'accident est survenu | |
| | À la première consultation, avez-vous observé des signes de blessures? Si OUI, veuillez les décrire. | | | |
| | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| | Les blessures subies par le décédé, indépendantes de toutes autres causes, étaient-elles suffisantes pour causer le décès? | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| Veuillez inscrire tous les noms et adresses des autres médecins qui ont traité le décédé durant la maladie terminale. | | | | |
| Veuillez inscrire ci-dessous toutes les conditions pour lesquelles vous avez traité le décédé durant les 5 années précédant immédiatement le décès | | | | |
| DATE (MM/JJ/AAAA) | Diagnostic | Durée | Rétablissement | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| REMARQUES | | | | |
| | | | | |
| Nom du médecin traitant (en lettres moulées) | | | Adresse du médecin traitant | |
| | | | | |
| Signature | | | Date (MM/JJ/AAAA) | |
| | | | | |