

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.

Veuillez remplir si le décès est dû à une MALADIE	Date du premier traitement (MM/JJ/AAAA)	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 ACCIDENT	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)	