

N° de réclamation

PREUVE DE DÉCÈS

- INSTRUCTIONS: 1. Veuillez attacher une copie du certificat officiel de décès
2. Veuillez attacher des coupures de journaux décrivant l'accident
3. Veuillez signer l'autorisation à la fin de cette formule
4. Veuillez vous assurer que la preuve de décès ainsi que la déclaration du médecin traitant sont remplies

Nom entier du défunt _____ Numéro(s) de(s) police(s) _____ Numéro(s) de formule _____

Dernière adresse du défunt _____ a) _____ a) _____

Date de naissance du défunt (MM/JJ/AAAA) _____ Date de décès du défunt (MM/JJ/AAAA) _____ b) _____ b) _____

Occupation du défunt _____ c) _____ c) _____

Nom et adresse du dernier employeur du défunt _____ d) _____ d) _____

Donnez les noms des compagnies avec lesquelles le défunt était assuré pour accident, maladie ou vie _____

Donnez les noms et adresses de tous les médecins qui ont soigné le défunt pendant les 5 dernières années ainsi que la dernière maladie ou blessure _____

Date de l'accident (MM/JJ/AAAA) _____

Décrivez la nature des blessures _____

Décrivez spécifiquement où l'accident est survenu. _____

**VEUILLEZ
REEMPLIR SI LE
DÉCÈS EST DÛ À
UN "ACCIDENT"**

Que faisait le défunt au moment de l'accident? _____

Décrivez en détail comment l'accident est survenu. _____

Non et adresse complète du bénéficiaire _____ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) _____

Numéro de téléphone _____ Degré de parenté avec le défunt _____

Si vous n'êtes pas le bénéficiaire, de quel droit réclamez-vous les bénéfices de cette police? _____

Date _____ Signature _____

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, les 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) _____

Signature du bénéficiaire _____

Le plus proche parent _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom entier du défunt (EN LETTRES MOULÉES S.V.P.) _____

Âge _____

Sexe _____

Résidence du défunt (numéro et rue, ville, province, code postal) _____

Date du décès (MM/JJ/AAAA) _____

Lieu de décès (Si à l'hôpital ou institution, veuillez donner le nom) _____

Hospitalisé du _____ au _____

CAUSE DU DÉCÈS

Veuillez indiquer la maladie, la blessure ou les complications ayant causé le décès, et non pas le mode de décès tel que crise cardiaque, etc.

(A) _____

dû à _____

Causes antérieures : états morbides s'il y a lieu, générateurs de la cause mentionnée ci-dessus (A) déclarant la cause initiale en dernier

(B) _____

dû à _____

Autres conditions morbides contribuant au décès mais sans lien avec la condition ayant causé le décès

(C) _____

dû à _____

Y a-t-il eu intervention chirurgicale? _____ Date de l'intervention (MM/JJ/AAAA) _____

Constatations majeures de l'opération _____

Y a-t-il eu une autopsie? _____

Conclusions : _____

Si le décès est dû à la violence, veuillez indiquer s'il s'agit d'un accident, un suicide ou un homicide. _____ Date des blessures (MM/JJ/AAAA) _____

Qu'est-ce qui a causé les blessures? _____

Veuillez donner la nature des blessures _____

Quels sont les noms et adresses des autres médecins qui ont soigné le défunt pendant son invalidité finale? _____

Les réponses données aux questions précédentes sont exactes et complètes, au meilleur de mes connaissances.

Date (MM/JJ/AAAA) : _____ Signature _____ M.D.

Adresse du bureau _____