

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
_____	a) _____	a) _____
Dernière adresse du défunt	_____	_____
_____	b) _____	b) _____
Date de naissance du défunt (MM/JJ/AAAA)	Date de décès du défunt (MM/JJ/AAAA)	_____
_____	_____	c) _____
Occupation du défunt	_____	_____
_____	d) _____	d) _____
Nom et adresse du dernier employeur du défunt	_____	_____
_____	_____	_____

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.	

Que faisait le défunt au moment de l'accident?	

Décrivez en détail comment l'accident est survenu.	

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

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 _____