

PREUVE DE DÉCÈS – DÉCLARATION DU MÉDECIN

Le réclamant doit faire remplir cette déclaration et la retourner à la Compagnie d'assurance-vie CUMIS.

NOTE : Cette attestation médicale est conforme aux recommandations de l'Assemblée mondiale de la santé qui s'est tenue à Genève le 24 juillet 1948. Elle a été acceptée au Canada et aux États-Unis.

Pour assurer l'exactitude des statistiques démographiques, veuillez vous conformer à la Liste internationale des causes de décès.

Membre de la caisse _____ DEMANDE D'INDEMNITÉ NO : _____

Nom complet du défunt _____ Date du décès _____
Nom Prénom Initiale Jour/mois/année

Résidence au décès _____ Lieu du décès _____

Âge au décès ou date de naissance _____ (Nom de l'institution ou de l'hôpital s'il y a lieu) _____

Cause du décès (N'inscrivez qu'une cause à chacun de a, b et c)

Intervalle entre le début étiologique et le décès.

Maladie ou état ayant directement provoqué le décès : (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple défaillance cardiaque, syncope, etc. , mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné la mort).

(a)

(a)

Causes antécédentes : (États morbides, le cas échéant, ayant conduit à la cause précitée (a). Indiquez la cause sous-jacente en dernier).

Cause (b)

(b)

Cause (c)

(c)

Autres états importants : (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état qui l'a provoqué).

Date de la première consultation pour la dernière maladie

Date de la dernière consultation pour la dernière maladie

S'il y a eu accident, suicide ou homicide, précisez.

Y a-t-il eu enquête ? OUI NON

Décrire brièvement

Y a-t-il eu autopsie ? OUI NON

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

Avez-vous traité ou conseillé le défunt au cours des trois dernières années précédant la dernière maladie ? OUI NON
 À votre connaissance, le défunt a-t-il été traité au cours des trois dernières années par un autre médecin ou dans un hôpital ou une autre institution ? OUI NON

Si vous répondez « oui » à l'une ou à l'autre des questions, veuillez indiquer :

Nom

Adresse

Nature de la maladie ou de la blessure

Dates

Est-ce que le défunt a été informé de la nature de sa maladie ? OUI NON Si «OUI», quand ?

Date _____ 20 _____ Signature du médecin _____

Adresse _____ Nom en caractères d'imprimerie ou à la machine _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Les renseignements fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de gestion des sinistres et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.