

**RENSEIGNEMENTS**

N° de transit

N° de prêt ou carte

N° de prêt ou carte

 Prêt personnel

 Prêt hypothécaire

 Marge de crédit

 Crédit aux entreprises

 Carte de crédit Master Card

 Protection d'assurance Tout-En-Un

**IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ**

Nom à la naissance

Prénom

  


 Sexe  H  F

**DÉCLARATION D'UN REPRÉSENTANT DE LA SUCCESSION**

1- Date de naissance du défunt(e) : \_\_\_\_\_ Date du décès : \_\_\_\_\_

 2- Adresse (no, rue, ville et province) : \_\_\_\_\_ Code postal 

3- Votre lien de parenté avec la personne décédée : \_\_\_\_\_

4- Date d'apparition des premiers symptômes de la maladie ayant causée le décès : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la fréquence des visites médicales depuis l'apparition des premiers symptômes : \_\_\_\_\_

5- Date de la première consultation chez le médecin pour cette maladie : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et numéro de téléphone du médecin consulté : \_\_\_\_\_

6- Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin de famille de la personne décédée : \_\_\_\_\_

Depuis quand la personne décédée était-elle suivie par son médecin de famille : \_\_\_\_\_

 7- Nom et adresse de tous les médecins ou autres professionnels de la santé consultés par la personne décédée durant les **cinq (5) dernières années. Nous mentionner toutes les raisons des consultations qu'elles aient un lien ou non avec la cause du décès. Si aucun, le mentionner** (Si plus de 4 consultations, veuillez annexer une autre feuille).

Nom et adresse du médecin ou autres professionnels de la santé	Dates de consultation ou de traitement			Raison de la consultation	Traitements reçus (médicaments, repos, chirurgie, etc.)
	A	M	J		

8- Nom et adresse de tout hôpital ou établissement où la personne décédée a été traitée durant les cinq (5) dernières années. Si aucun, le mentionner.

Hôpital ou Établissement	Adresse	Date d'entrée et de sortie	Raison de l'hospitalisation

9- Cause du décès : \_\_\_\_\_ 10- Endroit du décès \_\_\_\_\_

 11- Le décès a-t-il été causé par :  un homicide  un suicide  un accident ⇒ date de l'accident : \_\_\_\_\_

12- Description des circonstances du décès

---



---

 13- Y a-t-il eu enquête du coroner ?  oui  non A-t-on pratiqué une autopsie ?  oui  non

Dans l'affirmative, qui l'a pratiquée et quelles furent ses constatations? \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA SUCCESSION**

 Nom et prénom du représentant de la succession \_\_\_\_\_  
(écrire en lettre d'imprimerie)

N° d'assurance sociale

Adresse (no, rue, ville, province, code postal) \_\_\_\_\_

No de téléphone à la maison (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ No de téléphone au travail (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_