

RENSEIGNEMENTS

Assuré - N° FCC N° de transit

	N° de prêt, de police ou carte	N° de prêt, de police ou carte
<input type="checkbox"/> Prêt personnel	<input type="text" value="NO_PB"/>	<input type="text" value="NO_PB2"/>
<input type="checkbox"/> Prêt hypothécaire	<input type="text" value="NO_PH"/>	<input type="text" value="NO_PH2"/>
<input type="checkbox"/> Marge de crédit	<input type="text" value="NO_MCP"/>	<input type="text" value="NO_MCP2"/>
<input type="checkbox"/> Crédit aux entreprises	<input type="text" value="NO_CAE"/>	<input type="text" value="NO_CAE2"/>
<input type="checkbox"/> Protection d'assurance Tout-En-Un	<input type="text" value="NO_TE1"/>	<input type="text" value="NO_TE12"/>
<input type="checkbox"/> Assurance-vie sans examen médical	<input type="text" value="NO_AV"/>	<input type="text" value="NO_AV2"/>
<input type="checkbox"/> Assurance individuelle	<input type="text" value="NO_T5"/>	<input type="text" value="NO_T52"/>
<input type="checkbox"/> Carte de crédit MasterCard	<input type="text" value="NO_AP"/>	<input type="text" value="NO_AP2"/>

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom à la naissance

Prénom Sexe H F N° d'assurance sociale

DÉCLARATION DU MÉDECIN (Médecin de famille? oui non)

Date de naissance Date du décès

1. Depuis combien de temps soignez-vous ce patient ? _____

2. Lieu du décès (en cas de décès dans un hôpital ou autre établissement, donnez-en le nom) _____

3. Cause du décès

Maladie ou condition qui a provoqué la mort (non pas la manière dont le décès s'est produit, comme une crise cardiaque, asthénie, etc., mais la maladie, la blessure ou la complication qui a causé le décès)	Intervalle entre le début de la maladie et le décès
a) _____	b) _____

Causes antécédentes (états invalidants, s'il y a lieu, ayant été à l'origine de la cause immédiate du décès)

c) _____

4. La mort a-t-elle été causée par : suicide? oui non homicide? oui non accident? oui non
Y a-t-il eu : enquête du coroner? oui non autopsie? oui non

Quelles en sont les conclusions? _____

5. Veuillez détailler les habitudes de votre patient relatives à l'usage de tabac, incluant la quantité par jour et la date à laquelle il a fait usage de tabac pour la dernière fois. _____

6. Au cours des cinq (5) dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical ou un suivi médical, souffert ou été diagnostiqué, pour l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants: troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins, troubles sanguins incluant cholestérol, troubles de la tension artérielle, tumeurs ou cancer, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, SIDA, VIH ou toute autre maladie ou désordre immunologique, douleurs à la poitrine ou angine, troubles pulmonaires ou respiratoires, troubles digestifs, troubles du foie, troubles de l'intestin, troubles des reins, troubles du système urinaire, troubles des organes génitaux, troubles du système nerveux, diabète, ou troubles psychologiques ou psychiatriques ?

Ne sais pas Non Oui Si oui, veuillez nous mentionner le nom des maladies, les dates de consultation, les traitements reçus, les périodes d'hospitalisation s'il y a lieu et la date à laquelle le patient a été informé de sa maladie :

SIGNATURE DU MÉDECIN

Nom et prénom du médecin (lettres moulées) _____
Adresse (n°, rue, app, ville, province, code postal) _____
Numéro de téléphone _____
Signature du médecin _____ Date _____

N.B. Les honoraires pour remplir ce formulaire incombent à la succession de la personne décédée.