C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3
Téléphone : 1-800-846-5970
reclamations@ivari.ca

Déclaration du médecin – Preuve de décès

Les honoraires demandés pour remplir le présent formulaire sont la responsabilité du demandeur

N° de police : _____ **EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Ce certificat médical est conforme aux recommandations faites par l'Assemblée mondiale de la santé à Genève, le 24 juillet 1948. Il a été accepté par tous les états des États-Unis et par toutes les provinces du Canada. Pour assurer l'exactitude des statistiques démographiques, veuillez vous conformer à la liste internationale des causes de décès.

Nom complet de la personne décédée : _____

Lieu du décès *(préciser le nom de l'hôpital ou de l'institution, s'il y a lieu)* : _____

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

Cause du décès *(Indiquez une seule cause pour a, b et c)*. Maladie ou état ayant provoqué directement le décès. Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : défaillance cardiaque, asthénie, etc., mais de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a entraîné la mort.

		DATE DU DIAGNOSTIC (JJ/MM/AAAA)	DATE À LAQUELLE LE PATIENT EN A ÉTÉ AVISÉ (JJ/MM/AAAA)
a)		a)	
Provoqué par b)		b)	
Provoqué par c)		c)	

Autres états importants : *(ayant contribué au décès mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état ayant entraîné la mort)*

_____

_____

La personne décédée fumait-elle? ○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative***, depuis combien d'années? _____

Date des premiers soins de la dernière maladie : (JJ/MM/AAAA) _____

Date des derniers soins de la dernière maladie : (JJ/MM/AAAA) _____

Si le décès a été causé par un accident, un suicide ou un homicide, veuillez fournir une brève description :

_____

_____

Y a-t-il eu une enquête? ○ Oui ○ Non Y a-t-il eu une autopsie? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, indiquez par qui et quels étaient les résultats _____

Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des 5 années précédant la dernière maladie? ○ Oui ○ Non

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou dans un hôpital ou une institution au cours des 5 dernières années? ○ Oui ○ Non

Si vous avez répondu par ***l'affirmative*** à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez donner les détails suivants :

Nom : _____ Nature de la maladie ou de la blessure _____ Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Nom : _____ Nature de la maladie ou de la blessure _____ Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Votre nom et adresse : _____

_____

_____ Date : (JJ/MM/AAAA) _____
Signature

Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur ivari.ca.

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER