



**PREUVE DE DÉCÈS PAR ACCIDENT  
DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie  
199 rue bay, bureau 2500  
CP 139, Commerce Court Postal Station  
Toronto, Ontario M5L 1E2  
T +1.416.594.2627 ou +1.877.337.9494  
[claims.A\\_H@chubb.com](mailto:claims.A_H@chubb.com)

**VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES EN FORMAT JOUR/MOIS/ANNÉE**

**LE DEMANDEUR EST RESPONSABLE DE TOUS LES FRAIS ENGAGÉS POUR OBTENIR CETTE INFORMAITON**

<b>Nom au complet de la personne décédée :</b>		
<b>Date de naissance :</b>	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
<b>Adresse : Rue :</b>		
<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Date du décès :</b>		
<b>Lieu du décès (Si c'est un hôpital ou une institution, en donner le nom) :</b>		

**CAUSE DU DÉCÈS**

<b>1. Déclarer la maladie, blessure ou complication ayant causé le décès, mais pas la raison du décès comme un arrêt cardiaque, etc.</b>
<b>2. Antécédents : Conditions morbides, le cas échéant, qui ont entraîné la cause ci-dessus en indiquant la cause sous-jacente en dernier.</b>
<b>3. Autres conditions morbides contribuant au décès, sans relation avec la condition ayant entraîné le décès.</b>
<b>4. Dans quelle mesure des causes antérieures ont-elles contribué au décès ?</b>
<b>5. Si le décès est dû à un accident, suicide ou homicide, précisez lequel. Décrivez brièvement et donnez des dates.</b>
<b>6. Une enquête du coroner a-t-elle eu lieu ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>
<b>Une autopsie a-t-elle été pratiquée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>
<b>Si oui, par qui et quels en sont les résultats ?</b>
<b>À quoi le décès est-il attribué ?</b>

<b>7. Quand et où avez-vous soigné la personne décédée pour ce problème ?</b>
<b>8. Est-ce que la blessure décrite ci-dessus est, directement et indépendamment de toute autre cause, suffisante pour entraîner le décès?</b>
<b>9. Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des 3 dernières années ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>
<b>À votre connaissance, est-ce que la personne décédée a reçu un traitement au cours des 3 dernières années d'un autre médecin, ou dans un autre hôpital ou une autre institution? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>
<b>Si vous répondez oui à l'une de ces questions, veuillez remplir ce qui suit :</b>
<b>Nom :</b>
<b>Adresse :</b>
<b>Nature de la maladie ou de la blessure :</b>
<b>Date :</b>
<b>Nom :</b>
<b>Adresse :</b>
<b>Nature de la maladie ou de la blessure :</b>
<b>Date :</b>

Je certifie que les réponses ci-dessus sont véridiques et complètes à ma connaissance et à ma conviction.

Nom du médecin ayant rempli ce formulaire \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie)

Signature du médecin ayant rempli ce formulaire \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>Adresse du cabinet médical :</b>	
<b>N° de téléphone : (      )</b>	<b>N° de télécopieur : (      )</b>