



THE CLAIMANT IS RESPONSIBLE  
FOR ANY FEE  
FOR THIS INFORMATION

# Death claim Physician's Statement

Completed by: (Please print name) \_\_\_\_\_

Policy No.: \_\_\_\_\_

Full name of Deceased			
Date of Death		Date of Birth or Age at Death	
Place of Death (if Hospital or Institution give name and address)			
Residence at Death			

<b>1</b> Cause of Death	a) Immediate cause – State the disease, injury or complications which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asphyxia, asthenia, etc.	Interval between onset and death
	b) Is this the first occurrence of the disease, if <b>NO</b> , provide dates. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	c) Other significant conditions: (contributing to the death but not related to the disease or condition causing death)	

**2** Was death due to AIDS or an AIDS Related disease?  Yes  No

<b>3</b> a) Date of first attendance in last illness.	a)
b) Date of last attendance in last illness.	b)

**4** Was death due to suicide, homicide or accident? If so, which? Describe briefly.

**5** a) Was an inquest held?  Yes  No

b) Was an autopsy performed?  Yes  No

c) If yes, state by whom and with what findings.  Yes  No

**6** To the best of your knowledge, did the deceased use tobacco in any form?  Yes  No If yes, provide details.

**7** a) Have you treated or advised the deceased during the last 5 years prior to the last illness  Yes  No

b) Did the deceased, to your knowledge, receive treatment during the last 5 years from any other physician or in any Hospital or Institution?  Yes  No

c) If "yes" to either a) or b), give the following details:

<i>Name of Physician, Hospital or etc.</i>	<i>Address</i>	<i>Nature of Illness or Injury</i>

**These statements are complete and true to the best of my knowledge and belief.**

Date \_\_\_\_\_ Signature of Physician \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Remplie par : (en lettres moulées s.v.p.) \_\_\_\_\_

Police n° : \_\_\_\_\_

Nom et prénoms du défunt			
Date du décès		Date de naissance ou âge au décès	
Lieu du décès <small>(s'il s'agit d'un hôpital ou d'un établissement, en donner le nom et l'adresse)</small>			
Domicile au décès			

<b>1</b> Cause du décès	a) Cause directe – Indiquer la maladie, la blessure ou les complications ayant causé le décès, et non pas le mode de décès, (défaillance cardiaque, asphyxie, asthénie, etc.)	Intervalle entre le début de l'état morbide et le décès
	b) Est-ce la première occurrence de la maladie ? Si la réponse est <b>NON</b> , fournir les dates appropriées. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	c) Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ni avec l'état morbide qui l'a provoqué)	

**2** Le décès est-il dû au sida ou à une maladie associée ?  Oui  Non

<b>3</b> a) Date des premiers soins pour la dernière maladie.	a)
b) Date des derniers soins pour la dernière maladie.	b)

**4** Spécifiez si le décès est dû à un accident, à un suicide ou à un homicide et décrivez-le brièvement.

**5** a) Y a-t-il eu enquête ?  Oui  Non

b) Y a-t-il eu autopsie ?  Oui  Non

c) Dans l'affirmative, indiquez qui l'a pratiquée et donnez les constatations.

**6** Au meilleur de vos connaissances, est-ce que la personne décédée faisait usage du tabac sous quelque forme que ce soit ?  
 Oui  Non Si oui, donnez les détails.

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

b) À votre connaissance, au cours des 5 dernières années, cette personne a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou autre institution ?  Oui  Non

c) Si vous avez répondu «oui» à a) ou à b), donnez les détails suivants :

<i>Nom du médecin, hôpital, etc.</i>	<i>Adresse</i>	<i>Nature de la maladie ou lésion</i>
--------------------------------------	----------------	---------------------------------------

**Je confirme que les renseignements de cette déclaration sont complets et exacts, au meilleur de mes connaissances.**

Date \_\_\_\_\_ Signature du médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_