

# Questionnaire – Décès à l'étranger

## 1 Renseignements sur le contrat

Numéro(s) de contrat(s)

## 2 Renseignements sur la personne décédée

Prénom		Nom		Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Autres noms (s'il y a lieu)		Pays de naissance		Ville de naissance
Numéro de passeport	Date de délivrance (jj-mm-aaaa)	Lieu de délivrance		
Profession				
Dernière adresse au Canada (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Date où la personne décédée a quitté le Canada (jj-mm-aaaa)	
Durée prévue de la visite		But de la visite		
Compagnie aérienne utilisée pour quitter le Canada		Numéro de vol		
Aéroport de départ	Aéroport d'arrivée		Le vol de retour était-il réservé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom du médecin au Canada de la personne décédée		Nom		
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal		

## 3 Précisions sur le décès

Lieu précis du décès (adresse si autre qu'un hôpital)		Date du décès (jj-mm-aaaa)
Cause du décès		
Prénom du médecin ayant attesté le décès		Nom

## Renseignements sur l'hôpital

Nom de l'hôpital			
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip
Téléphone	Y a-t-il eu une autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Y a-t-il eu enquête? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

# Questionnaire – Décès à l'étranger (suite)

## 3 Précisions sur le décès (suite)

**Accident** (Remplir si le décès est survenu à la suite d'un accident.)

Date de l'accident (jj-mm-aaaa)	Précisions sur l'accident, y compris l'heure où il est survenu et la manière dont il s'est produit.		
Y a-t-il eu enquête policière? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si «oui», indiquer le genre d'accident et donner des précisions sur l'enquête.	
Si «oui», indiquer le genre d'accident et donner des précisions sur l'enquête. <input type="checkbox"/> Ouverte <input type="checkbox"/> Fermée			
Nom du policier ou du commissariat de police qui a fait enquête sur l'accident			Téléphone
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

**Maladie** (Remplir si le décès est survenu à la suite d'une maladie.)

Date des premiers symptômes de la maladie (jj-mm-aaaa)	Nature de la maladie		
Nom du médecin qui a traité le patient pour cette maladie			Téléphone
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

## 4 Enterrement/incinération

La personne décédée a-t-elle été enterrée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si «oui», date de l'enterrement (jj-mm-aaaa)	La personne décédée a-t-elle été incinérée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si «oui», date de l'incinération (jj-mm-aaaa)
Quels documents ont été fournis pour permettre que l'enterrement ou l'incinération ait lieu?			
Où a eu lieu l'enterrement ou l'incinération?			

Fournir le nom et l'adresse de l'organisation ou du salon funéraire qui s'est occupé de l'enterrement ou de l'incinération.

Nom			
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

Si l'enterrement ou l'incinération a eu lieu à l'extérieur du Canada, fournir le nom et l'adresse d'une personne (non liée au défunt) qui en a été témoin.

Prénom		Nom	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

## 5 Renseignements sur le demandeur

Prénom		Nom	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance	Lien avec la personne décédée	

# Questionnaire – Décès à l'étranger (suite)

## 6 Renseignements supplémentaires

Joindre les documents disponibles pour les pièces délivrées figurant ci-dessous. **Nota** : Pour chaque document, cocher ce qui s'applique.

Documents justificatifs	Ci-joint	Suivra	Non disponible ou non délivré
Original du passeport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renseignements du billet/itinéraire de voyage/carte d'embarquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat de décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossiers/reçus d'hôpital ou autres documents connexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificats/reçus d'inhumation ou autres documents connexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat/reçus d'incinération ou autres documents connexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis de transit (si le corps a été retourné au Canada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documents du salon funéraire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport de police	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport du médecin-légiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui nous aidera à confirmer le décès.

## 7 Déclaration

Je soussigné, le demandeur, déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, complets et véridiques et que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie pourra s'y fier pour évaluer ma demande de règlement.

Province de signature	Date (jj-mm-aaaa)	Signature du demandeur X	
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville	Province	Code postal	