

Preuve de décès/Déclaration du médecin

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud, C. P. 1601, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C5

1 Renseignements

Les frais liés à l'obtention de ces renseignements sont à la charge du demandeur. Seul l'original de ce formulaire sera accepté.

Numéro(s) de contrat(s)		
Prénom de la personne décédée		Nom
1.1 Lieu du décès	1.2 Date du décès (jj-mm-aaaa) - -	1.3 Date de naissance (jj-mm-aaaa) - -
1.4 Cause du décès		1.5 Date du début des symptômes (jj-mm-aaaa) - -
1.6 Maladie, blessure ou affection ayant directement mené au décès		1.7 Date du début des symptômes (jj-mm-aaaa) - -
1.8 Date à laquelle la personne décédée a été avisée de la maladie ou de l'affection ayant directement mené au décès (jj-mm-aaaa) - -	1.9 Avez-vous traité cette personne ou celle-ci vous a-t-elle consulté au cours des 5 années précédant sa dernière maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
1.10 Date de la première consultation (jj-mm-aaaa) - -	1.11 Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa) - -	
1.12 Donnez des précisions, y compris les problèmes de santé et les dates , que ces renseignements soient liés ou non à la cause du décès.		
1.13 Au cours des 5 dernières années, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou dans un autre hôpital ou établissement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», veuillez indiquer le nom des médecins , le nom de l'hôpital ou de l' établissement , la nature de l'affection et les dates , que ces renseignements soient liés ou non à la cause du décès.		
1.14 Le décès est-il dû à un accident, à un suicide ou à un homicide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», veuillez préciser.		1.15 Y a-t-il eu une autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
1.16 À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle déjà fumé ou fait usage de produits contenant du tabac, des auxiliaires antibagiques ou de la marijuana? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		1.17 La personne décédée a-t-elle déjà cessé de fumer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si «oui», veuillez indiquer le moment et la durée?

2 Attestation

En signant ci-dessous, vous autorisez la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à divulguer au demandeur ou à toute personne qu'il autorise les renseignements que vous lui avez fournis au sujet de la personne décédée. Si vous croyez qu'une telle divulgation aurait fort probablement des conséquences néfastes sur la santé du demandeur ou pourrait causer du tort à un tiers, veuillez nous en informer par écrit afin que nous puissions déterminer un moyen de communiquer les renseignements.

Nom de famille du médecin qui remplit ce formulaire (en caractères d'imprimerie)		Prénom	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone du médecin - -		Numéro de télécopieur du médecin - -	
Signature du médecin X			Date (jj-mm-aaaa) - -