

Instructions

1. Remplir et retourner au réclamant.
2. Tous les frais encourus pour la rédaction de ce formulaire sont à la charge du réclamant.

Contrat n° : _____

1. Identification de la personne décédée

Nom et prénoms du défunt

A | A | A | A | M | M | J | J

Date du décès

Résidence au décès

A | A | A | A | M | M | J | J

Âge au décès

Date de naissance

Lieu du décès

Si le décès est survenu dans un hôpital ou autre institution, donnez-en le nom

2. Renseignements relatifs à la personne décédée

Cause du décès – Indiquez une seule cause pour chaque paragraphe (A), (B) et (C)		Intervalle entre le début de l'état morbide et le décès
a) Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès		
b) Causes secondaires, maladie chronique, infirmité, etc. – états morbides ayant, éventuellement, conduit à l'état précipité		
c) Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.		
Date des premiers soins pour la dernière maladie		Date des derniers soins pour la dernière maladie
A A A A M M J J		A A A A M M J J
Le décès est-il dû à :		Date de l'évènement :
☐ un accident ☐ un homicide		A A A A M M J J
Y a-t-il eu enquête? ☐ Non ☐ Oui		Y a-t-il eu autopsie? ☐ Non ☐ Oui
		Décrivez-le brièvement
		Dans l'affirmative, indiquez par qui et donnez les constatations

Avez-vous traité la personne ci-haut mentionnée ou vous a-t-elle consulté au cours des 3 années précédent la dernière maladie ?

Oui Non

☐ ☐

À votre connaissance, au cours des 3 dernières années, cette personne a-t-elle pris des médicaments en relation avec la dernière maladie ?

☐ ☐

À votre connaissance, au cours des 3 dernières années, cette personne a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou autre institution ?

☐ ☐

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre de ces questions, donnez les détails suivants :

Nom	Adresse	Nature de la maladie ou lésion	Nom des médicaments	Dates
				A A A A M M J J
				A A A A M M J J
				A A A A M M J J
				A A A A M M J J

La personne décédée faisait-elle usage de tabac sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigare, pipe, cigarillos) ou tout autre forme ? ☐ Non ☐ Oui

Avait-elle déjà fait usage de tabac? ☐ Non ☐ Oui Si oui, date de l'arrêt tabagique :

A | A | A | A | M | M | J | J

X

Signature

A | A | A | A | M | M | J | J

Date

Numéro de permis

Adresse

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au [beneva.ca](#).