



**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR**

NOM DE L'EMPLOYÉ			GRUPE	DIVISION	CERTIFICAT	
DATE D'EMPOI J M A	DATE DU DÉCÈS J M A	DERNIÈRE OCCUPATION		DERNIER JOUR AU TRAVAIL	À PLEIN TEMPS J M A	À TEMPS PARTIEL J M A
SI L'EMPLOYÉ N'A PAS ÉTÉ AU TRAVAIL JUSQU'À LA DATE DE SON DÉCÈS, DONNER LA RAISON (MALADIE, VACANCES, RETRAITE)						
LE CERTIFICAT DE L'EMPLOYÉ EST-IL TOUJOURS EN VIGUEUR ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		MONTANT D'ASSURANCE \$	DERNIER SALAIRE \$	<input type="checkbox"/> HORAIRE (NOMBRE HEURES) _____ <input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE <input type="checkbox"/> MENSUEL <input type="checkbox"/> ANNUEL
IL GAGNAIT CE SALAIRE DEPUIS LE J M A		S'IL S'AGIT DU DÉCÈS D'UNE PERSONNE À CHARGE INDIQUER DEPUIS QUAND LES PERSONNES À CHARGE DE L'EMPLOYÉ SONT ASSURÉES. JOUR MOIS ANNÉE				
NOM DE L'EMPLOYEUR					DATE	
PAR				TITRE		

**DÉCLARATION DE L'AYANT DROIT**

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DÉCÉDÉE

NOM ET PRÉNOM DU DÉFUNT (NOM À LA NAISSANCE)						
DATE J M A	LIEU DE NAISSANCE		DATE J M A	LIEU DU DÉCÈS		N° D'ASSURANCE SOCIALE
DERNIÈRE ADRESSE					CODE POSTAL	
ÉTAT CIVIL AU DÉCÈS <input type="checkbox"/> MARIÉ <input type="checkbox"/> VEUF <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> SÉPARÉ <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT			AVAIT-ELLE (SI OUI, VEUILLEZ NOUS EN FOURNIR UNE COPIE) 1. UN CONTRAT DE MARIAGE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 2. UN TESTAMENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		CAUSE DU DÉCÈS	
SI LE DÉCÈS RÉSULTE D'UN ACCIDENT, PRÉCISEZ (DATE, LIEU, CIRCONSTANCES)						
MÉDECINS CONSULTÉS AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES NOM			ADRESSE			
SI LA PERSONNE DÉCÉDÉE EST UNE PERSONNE À CHARGE LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ			NOM DE L'INSTITUTION FRÉQUENTÉE, SI ENFANT DE PLUS DE 18 ANS			
AUTRES POLICES D'ASSURANCE EN VIGUEUR NOM DE LA COMPAGNIE			MONTANT	ÉMISE LE		

RENSEIGNEMENTS SUR L'AYANT DROIT

NOM ET PRÉNOMS DE L'AYANT DROIT			DATE DE NAISSANCE J M A	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DÉFUNT		
N° D'ASSURANCE SOCIALE	ÉTAT CIVIL AU DÉCÈS <input type="checkbox"/> MARIÉ <input type="checkbox"/> VEUF <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> SÉPARÉ <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT			À QUEL TITRE PRÉSENTEZ-VOUS CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ? <input type="checkbox"/> BÉNÉFICIAIRE <input type="checkbox"/> CONTRACTANT <input type="checkbox"/> LÉGATAIRE <input type="checkbox"/> EXÉCUTEUR <input type="checkbox"/> TUTEUR		
DERNIÈRE ADRESSE					CODE POSTAL	
SI LA PERSONNE DÉCÉDÉE EST UN CONJOINT DE FAIT, DEPUIS QUELLE DATE COHABITIEZ-VOUS ENSEMBLE ? JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____						
JE DÉSIRE QUE LE CHÈQUE DE RÉCLAMATION SOIT : <input type="checkbox"/> EXPÉDIÉ PAR LA POSTE DIRECTEMENT AU BÉNÉFICIAIRE OU AU FONDÉ DE POUVOIR <input type="checkbox"/> LIVRÉ PAR _____						
JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT COMPLETS ET VÉRIFIÉS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE						
DATE _____	SIGNATURE D'UN TEMOIN <b>X</b>			SIGNATURE DE L'AYANT DROIT <b>X</b>		

**FAIRE PARVENIR AVEC CETTE DEMANDE**

- UN CERTIFICAT DE NAISSANCE (ORIGINAL)
- UN CERTIFICAT DE DÉCÈS ÉMIS PAR L'ÉTAT CIVIL (ORIGINAL)

# CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS

NOM ET PRÉNOMS DU DÉFUNT		DATE DU DÉCÈS
RÉSIDENCE AU DÉCÈS	LIEU DU DÉCÈS	
ÂGE AU DÉCÈS OU DATE DE NAISSANCE	SI DÉCÉDÉ DANS UN HÔPITAL OU INSTITUTION, DONNEZ LE NOM	

CAUSE DU DÉCÈS (INDIQUEZ UNE SEULE CAUSE POUR CHAQUE PARAGRAPHE 1,2 ET 2B).		INTERVALLE ENTRE LE DÉBUT ÉTIOLOGIQUE ET LE DÉCÈS
1. MALADIE OU ÉTAT MORBIDE AYANT DIRECTEMENT PROVOQUÉ LE DÉCÈS (IL NE S'AGIT PAS ICI DU MODE DE DÉCÈS PAR EXEMPLE DE DÉFAILLANCE CARDIAQUE, SYNCOPÉ, ETC., MAIS DE LA MALADIE, DE LA LÉSION OU DE LA COMPLICATION QUI A ENTRAÎNÉ LA MORT).		1.
2. CAUSES ANTÉCÉDENTES (ÉTATS MORBIDES AYANT, ÉVENTUELLEMENT, CONDUIT À L'ÉTAT PRÉCITÉ, L'ÉTAT MORBIDE INITIAL ÉTANT INDIQUÉ EN DERNIER).		2.
A. _____ PROVOQUÉ PAR OU CONSÉCUTIF		A.
B. _____ PROVOQUÉ PAR OU CONSÉCUTIF		B.
3. AUTRES ÉTATS MORBIDES IMPORTANTS : (AYANT CONTRIBUÉ AU DÉCÈS, MAIS SANS RAPPORT AVEC LA MALADIE OU AVEC L'ÉTAT MORBIDE QUI L'A PROVOQUÉ).		3.

DATE DES PREMIERS SOINS POUR LA DERNIÈRE MALADIE JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____	DATE DES DERNIERS SOINS POUR LA DERNIÈRE MALADIE JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____		
SPÉCIFIER SI LE DÉCÈS EST DÛ À UN ACCIDENT, UN SUICIDE OU UN HOMICIDE ET DÉCRIRE BRIÈVEMENT.	Y A-T-IL EU ENQUÊTE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	Y A-T-IL EU AUTOPSIE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	<b>SI OUI, PAR QUI ET DONNEZ LES CONSTATATIONS ?</b>		
	_____		
	_____		
	_____		
AVEZ-VOUS TRAITÉ LE DÉFUNT OU VOUS A-T-IL CONSULTÉ AU COURS DES TROIS ANNÉES PRÉCÉDANT LA DERNIÈRE MALADIE ? À VOTRE CONNAISSANCE, AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES, LE DÉFUNT A-T-IL ÉTÉ TRAITÉ PAR D'AUTRES MÉDECINS, OU DANS UN HÔPITAL OU AUTRE INSTITUTION ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À L'UNE OU L'AUTRE DE CES QUESTIONS, DONNEZ LES DÉTAILS SUIVANTS :</b>			
NOM (MÉDECINS, HÔPITAL OU INSTITUTION)	ADRESSE	NATURE DE LA MALADIE OU LÉSION	DATES

DATE _____	NOM DU MÉDECIN (EN LETTRES MOULÉES) X	SIGNATURE DU MÉDECIN X
ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL