

ASSURANCE GROUPE

Ce certificat médical est conforme aux recommandations faites par l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève, le 24 juillet 1948. Il a été accepté par tous les états des États-Unis et par toutes les provinces du Canada. Pour assurer l'exactitude des statistiques démographiques, veuillez vous conformer à la Liste internationale des causes de décès.

TOUS FRAIS POUR LA RÉDACTION DE CETTE FORMULE SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR DE RÈGLEMENT

Nom et prénoms du défunt		Date du décès	
Résidence au décès		Lieu de décès	
Date de naissance	(Si le décès est survenu dans un hôpital ou autre institution, donnez-en le nom)		
Cause du décès – Indiquez une seule cause pour chaque paragraphe (a), (b) et (c). Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entraîné la mort.)		Intervalle entre le début de l'état morbide et le décès	
(a)		(a)	
(Causes antécédentes – États morbides ayant, éventuellement, conduit à l'état précité, l'état morbide initial étant indiqué en dernier lieu.) Provoqué par (ou consécutif à)		(b)	
(b)		(b)	
Provoqué par (ou consécutif à)		(c)	
(c)		(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	
Spécifiez si le décès est dû à un accident, à un suicide ou à un homicide et décrivez-le 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	
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 précédant la dernière maladie?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
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?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu oui à l'une ou à l'autre de ces questions, donnez les détails suivants:			
Nom	Adresse	Nature de la maladie ou lésion	Dates
_____		_____ M.D.	
Date		Signature	
_____		_____	
Date		Adresse	