

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au :

Assurance individuelle : Téléphone : 450 773-7170 / 514 489-8404 / Sans frais : 1 800 773-8404

Assurance collective : Téléphone : 450 773-7236 / 514 485-7236 / Sans frais : 1 800 818-7236

Télocopieur : 450 778-2519 / Courriel : prestations@humania.ca / **Site internet** : www.humania.ca

Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

Police N° _____

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 du décès
--------------------	---------------

Âge au décès ou 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), (c).	Intervalle entre le début de l'état morbide et le décès
--	--

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 entainé la mort.)

a) _____

(Causes antécédentes - État morbide ayant, éventuellement, conduit à l'état précité, l'état morbide initial indiqué en dernier lieu.)

Provoqué par (ou consécutif à)

b) _____

Provoqué par (ou consécutif à)

c) _____

Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué.) : _____

Fumeur Non-fumeur Si oui : depuis quand ? _____ Si cessé : depuis quand ? _____

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 ? 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--

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	Dates
-----	---------	--------------------------------	-------

_____ 20 _____ Date	_____ M.D. Signature
_____ Nom en lettres moulées	_____ Adresse