

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au : N° de téléphone: 1-877-987-3076 / Télécopieur au : 1-877-660-2519  
 Courriel : décès@humania.ca // **Site internet** : www.humania.ca  
 Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

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.**

**Partie A : Renseignements sur le défunt**

Nom :	Prénom(s) :
-------	-------------

Résidence au décès :	Police N° :
----------------------	-------------

Date du décès (jj/mm/aaaa) :	Lieu du décès :
------------------------------	-----------------

Âge au décès ou date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Si le décès est survenu dans un hôpital ou autre institution, donnez-en le nom :
--	--

<p><b>Cause du décès - Indiquez une seule cause pour chaque paragraphe (a), (b), (c).</b></p> <p>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.)</p> <p>a) _____</p>	<p><b>Intervalle entre le début de l'état morbide et le décès</b></p> <p>a) _____</p>
---	---

<p>(Causes antécédentes – État morbide ayant, éventuellement, conduit à l'état précité, l'état morbide initial indiqué en dernier lieu.)</p> <p>Provoqué par (ou consécutif à)</p> <p>b) _____</p>	<p>b) _____</p>
--	-----------------

<p>Provoqué par (ou consécutif à)</p> <p>c) _____</p>	<p>c) _____</p>
---	-----------------

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

<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-Fumeur Si oui : depuis quand ?	Si cessé, depuis quand?
---	-------------------------

Date des premiers soins pour la dernière maladie (jj/mm/aaaa)	Date des derniers soins pour la dernière maladie (jj/mm/aaaa)
---	---

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 :

**Partie A : Renseignements sur le défunt (suite)**

Avez-vous traité la personne ci-haut mentionnée ou vous a-t-elle consulté au cours des 5 années précédant la dernière maladie ?  Oui  Non

À votre connaissance, au cours des 5 dernières années, cette personne a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou autre institution  Oui  Non

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

Nom (médecin, hôpital)	Adresse	Nature de la maladie ou lésion	Dates (jj/mm/aaaa)

**Partie B : Renseignements sur les professionnels de la santé**

_____		_____	
Nom (en lettres moulées)		Signature du médecin	
Courriel : _____			
_____	_____	_____	
Spécialité	No de permis	Date (jj/mm/aaaa)	
Nom de la Clinique médicale /Hôpital			
Adresse (n°, rue)		Ville	
Province		Code postal	
N° de téléphone		N° de télécopieur	

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6