

Please print in ink

The Claimant is Responsible for any Fee for this Information.

Full Name of Deceased Policy Number(s)

Residence at Death
Street

City Province Postal Code Occupation

Age at Death or Date of Birth Date of Death Place of Death

(D D / M M M / Y Y Y Y Y) (D D / M M M / Y Y Y Y Y)

(If Hospital or Institution, Give Name.)

Immediate Cause of Death (That is, the disease, injury or complication which caused death.)

What was the date of onset of the first symptom or sign according to the clinical history? How long in your opinion did the disease or impairment exist?

(D D / M M M / Y Y Y Y Y)

Other significant conditions: (Contributing to the death but not related to the disease or condition causing death.)

If death was due to accident, suicide or homicide, specify which. Describe briefly.

Was an inquest held? Was an autopsy performed? If so, by whom and with what findings?

Yes No Yes No

Was the Deceased known to be a cigarette smoker?

Yes No If Yes, furnish information below.

Have you treated or advised the Deceased during the last 5 years, prior to last illness?

Yes No If Yes, furnish information below.

Did the Deceased, to your knowledge, receive treatment during the last 5 years from any other physician, or in any hospital or institution?

If "Yes", to above questions, please furnish the following

Name of Physician	Address	Nature of Illness or Injury	Date

(D D / M M M / Y Y Y Y Y) (D D / M M M / Y Y Y Y Y)

Physician's Name (Please Print)

Address
Street City Province Postal Code

Signature Date Signed

MD (D D / M M M / Y Y Y Y Y)

Veillez écrire à l'encre

Les frais encourus pour remplir ce formulaire sont la responsabilité du demandeur

Nom du défunt au complet	Numéro de la police
--------------------------	---------------------

Adresse au moment du décès
Rue

Ville	Province	Code Postal	Occupation
-------	----------	-------------	------------

Âge lors du décès ou	Date de naissance	Date du décès	Lieu du décès
----------------------	-------------------	---------------	---------------

(Le cas échéant, donner le nom de l'hôpital ou de l'institution)

Cause immédiate du décès (C'est-à-dire maladie, blessure ou complication ayant causé le décès)

À quelle date situe-t-on le début du premier symptôme ou signe, selon le dossier médical?	Selon vous, depuis combien de temps cette maladie ou condition existait-elle?
---	---

Autres conditions importantes: (Ayant contribué au décès sans être en rapport direct avec la maladie ou la condition qui a causé le décès)

Si le décès est dû à un accident, suicide ou homicide, veuillez préciser lequel et décrire brièvement.

Une enquête a-t-elle eu lieu?	Y a-t-il eu une autopsie?	Dans l'affirmative, qui l'a pratiquée et quels en furent les résultats?
-------------------------------	---------------------------	---

Le défunt était-il connu comme fumeur?

Avez-vous traité ou conseillé le défunt dans les cinq ans précédant la dernière maladie?

À votre connaissance, le défunt a-t-il été soigné dans les cinq dernières années par un autre médecin ou dans un hôpital ou institution?

Dans l'affirmative à l'une ou l'autre des deux dernières questions, veuillez indiquer :

Nom du médecin, hôpital, institution	Adresse	Nature de la maladie ou blessure	Date

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

Adresse Rue	Ville	Province	Code Postal
----------------	-------	----------	-------------

Signature Date