Services financiers RARM SISIP Financial Services

Déclaration du médecin traitant (DMT) concernant le décès

Contrat collectif nº 901102

Financière Manuvie

1. Renseignements de la personne décédée

Nom :	Prénom :	Date de naissance : Jour Mois Année
Adresse au moment du décès :		
Lieu du décès (si le décès a eu lieu dans un hôpital ou une institution, en indiquer le nom)		Date de décès : Jour Mois Année

Dans le cas d'un enfant mort-né, prière d'indiquer le poids _____ (en grammes) et le nombre de semaines dans la grossesse _____ .

2. Cause du décès

(Afin de recueillir des statistiques internationales exactes sur la classification des maladies, traumatismes et causes de décès, inscrivez une seule cause pour A, B et C).

	Intervalle entre l'apparition de la maladie et le décès
(A) Maladie ou troubles médicaux causant directement le décès (ne signifie pas la façon dont la personne est décédée, comme la défaillance cardiaque, l'asthénie, etc., mais plutôt la maladie même, la blessure ou la complication qui a occasionné la mort) :	
(B) Cause antécédente (condition morbide, le cas échéant, menant à la cause (A) ci-dessus; indiquer la cause originale) :	
(C) Troubles médicaux significatifs (contribuant à la mort, mais sans rapport à (A) ou (B) ci-dessus) :	

Date à laquelle sont apparus les premiers symptômes de la maladie ou les troubles médicaux liés à (A) ou (B) ci-dessus : _____ Jour Mois Année

Date à laquelle ont été diagnostiqués les troubles médicaux ou la maladie se rapportant à (A) ou à (B) ci-dessus : _____ Jour Mois Année

Si la mort est le résultat d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide, veuillez le préciser et fournir une brève description.

Y a-t-il eu une enquête? Oui ☐ Non ☐

A-t-on fait une autopsie? Oui ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la personne qui l'a effectuée et les résultats.

Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des trois dernières années, avant sa dernière maladie? Oui ☐ Non ☐

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle été traitée par un autre médecin ou dans un hôpital ou institution quelconque au cours des trois dernières années? Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre question, veuillez indiquer le nom du médecin ou de l'hôpital et la nature de la maladie ou la blessure.

3. Médecin Traitant

Nom _____ Date _____

Prière d'écrire en lettres moulées et/ou de joindre une carte d'affaires

Adresse _____ Signature _____

Pour de plus amples renseignements, veuillez composer le 1 800 267-6681
ou vous rendre à www.sisip.com