

Remplie par : (Nom en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

Nom complet de la personne décédée : \_\_\_\_\_

Date du décès (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj-mm-aaaa) ou âge à la date du décès : \_\_\_\_\_

Lieu du décès (si hôpital ou établissement, indiquez le nom et l'adresse) : \_\_\_\_\_

Résidence à la date du décès : \_\_\_\_\_

## Partie 1

Cause du décès :

a) Cause directe – Indiquez la maladie, la blessure ou les complications qui ont causé le décès, et non la manière dont le décès est survenu, comme insuffisance cardiaque, asphyxie, asthénie, etc.

Intervalle entre l'apparition et le décès : \_\_\_\_\_ Date du diagnostic (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

b) S'agit-il de la première apparition de la maladie?  Oui  Non Si **NON**, indiquez les dates.

c) Autres affections significatives : (contribuant au décès, mais non liées à la maladie ou à l'affection à l'origine du décès)

## Partie 2

Le décès est-il dû au SIDA ou à une maladie liée au SIDA?  Oui  Non

## Partie 3

a) Date de la première consultation pour la maladie la plus récente (jj-mm-aa) : \_\_\_\_\_

b) Date de la dernière consultation pour la maladie la plus récente (jj-mm-aa) : \_\_\_\_\_

## Partie 4

Le décès est-il dû à un suicide, un homicide ou un accident? Si oui, lequel? Veuillez fournir une courte description.

## Partie 5

a) Une enquête a-t-elle été faite?  Oui  Non

b) Une autopsie a-t-elle été pratiquée?  Oui  Non Si oui, par qui et quelles en ont été les conclusions?

## Partie 6

À votre connaissance, la personne décédée faisait-elle usage du tabac sous une forme quelconque?

Oui  Non Si oui, veuillez fournir des précisions.

## Partie 7

a) Avez-vous traité ou conseillé la personne décédée au cours des 5 dernières années précédant la plus récente maladie?

Oui  Non

b) La personne décédée a-t-elle, à votre connaissance, reçu un traitement au cours des 5 dernières années de la part d'un autre médecin ou dans un hôpital ou un établissement? Oui  Non

c) Si vous avez répondu oui à a) ou à b), veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du médecin, de l'hôpital, etc.	Adresse	Nature de la maladie ou de la blessure

**Ces déclarations sont complètes et véridiques au mieux de ma connaissance. Remarque :**  
**Les frais exigés pour remplir ce formulaire sont la responsabilité du BÉNÉFICIAIRE.**

Date \_\_\_\_\_ Signature du médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Les renseignements recueillis dans le présent formulaire d'assurance sont nécessaires pour procéder à l'évaluation et, si elle est approuvée, au traitement de la demande d'assurance. Ils peuvent être utilisés pour gérer la police d'assurance, traiter les réclamations au titre de cette police et offrir d'autres produits et services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, ses mandataires, sociétés affiliées, partenaires, filiales, réassureurs, agences de notation et administrateurs autorisés à ces fins et peuvent être échangés entre eux, que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, le demandeur peut refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels à certaines fins en écrivant à [privacy@wawanesa.com](mailto:privacy@wawanesa.com) ou en composant le 1 888 997-9965 et en demandant de parler à la personne responsable de la protection de la vie privée.

**LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA**

236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Tél. : 204 985-3940 ou 1 888-997-9965

Télécopieur : 1 888-985-3872

www.wawanesalife.com Courriel : life@wawanesa.com