

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Nom complet de la personne décédée _____ Fumeur Non-fumeur

Date du décès

	A			M			J
--	---	--	--	---	--	--	---

 Lieu du décès _____ Date de naissance

	A			M			J
--	---	--	--	---	--	--	---

Cause immédiate du décès _____ Date du début de la maladie ou de l'événement

	A			M			J
--	---	--	--	---	--	--	---

Causes qui ont contribué au décès (s'il y a lieu) _____

J'ai traité la personne décédée du

	A			M			J
--	---	--	--	---	--	--	---

 au

	A			M			J
--	---	--	--	---	--	--	---

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) _____

Signature du médecin _____

Adresse _____

AVIS RELATIF AU DÉLAI DE PRESCRIPTION

Certaines lois nous obligent à vous informer que la demande que vous nous avez soumise en vertu de votre police collective est régie par un délai de prescription stipulé dans la Loi sur les assurances ou dans toute autre loi qui s'applique dans votre province (par exemple, la Loi de 2002 sur la prescription des actions (Ontario) ou le *Code civil* (Québec)). Cela signifie que vous ne pouvez plus tenter de poursuites après un certain délai. Vous devez obtenir des conseils émanant d'une source indépendante au sujet de ce délai.