

Claim # / N° réclamation

PROOF OF DEATH / PREUVE DE DÉCÈS

INSTRUCTIONS

1. Please attach a certified copy of death certificate. / *Veillez annexer un certificat de décès.*
2. If death was due to accident, please attach newspaper clippings describing accident. / *Si le décès est dû à un accident, veuillez annexer des coupures de journaux décrivant l'accident.*
3. Please sign authorization at bottom of this form. / *Veillez signer l'autorisation au bas de cette formule.*
4. Only one form is necessary for all policies carried by deceased. / *Une seule formule à remplir pour toutes les polices que détenait le décédé.*

Deceased's Full Name / <i>Nom et prénoms du décédé</i>		Policy Number(s) / <i>Numéro(s) de police</i>	Form Number(s) / <i>Numéro(s) de formule</i>
Deceased's Address / <i>Adresse du décédé</i>		a)	a)
		b)	b)
		c)	c)
		d)	d)
Deceased's Birthdate / <i>Date de naissance du décédé</i>	Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date of Death / <i>Date du décès</i>	Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		e)	e)
		f)	f)

Employer's Name and Address / <i>Nom et adresse de l'employeur</i>	Occupation at time of death / <i>Occupation au moment du décès</i>
--------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Please list names of all other Companies with whom deceased carried Life, Accident or Health Insurance. / *Veillez inscrire tous les noms des autres compagnies avec lesquelles le décédé détenait une assurance vie, accident ou maladie.*

Please list names of all doctors who treated deceased during last 5 years, including last illness or injury. / *Veillez inscrire le nom de tous les médecins qui ont traité le décédé durant les 5 dernières années, incluant la dernière maladie ou blessure.*

Please complete if death was due to SICKNESS / <i>Veillez remplir si le décès est dû à une MALADIE</i>	Date of First Treatment / <i>Date du premier traitement</i>	Had deceased ever had same or similar sickness? / <i>Le décédé a-t-il eu la même maladie ou maladie similaire?</i>	Nature of Sickness / <i>Nature de la maladie</i>
	Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> If YES, give date / <i>Si OUI, inscrire la date</i> Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Please complete if death was due to ACCIDENT / <i>Veillez remplir si le décès est dû à un ACCIDENT</i>	Date of Accident / <i>Date de l'accident</i>	Nature of injuries / <i>Nature des blessures</i>	Please state exactly where deceased was when accident occurred / <i>Veillez spécifier l'endroit exact où était le décédé au moment de l'accident</i>
	Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Please describe in detail how accident occurred / <i>Veillez décrire en détail comment l'accident est survenu</i>		What was deceased doing when accident occurred? / <i>Que faisait le décédé au moment de l'accident?</i>	

Beneficiary's Full Name and address / <i>Nom, prénom et adresse du bénéficiaire</i>	Birthdate / <i>Date de naissance</i>	Relationship to Deceased / <i>Lien de parenté avec le décédé</i>
	Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
If you are not named beneficiary, by what right do you claim policy benefits? / <i>Si vous n'êtes pas le bénéficiaire, de quel droit réclamez-vous les prestations de cette police?</i>		

If you are filing claim under a Combined Life Insurance Policy and wish to select one of the settlement options described in that policy, instead of payment of the amount of Life Insurance in one lump sum, sign this section / *Si vous désirez choisir une des options de règlement décrites dans la police d'assurance vie en question au lieu d'une somme globale, veuillez signer ci-dessous.*

Not applicable to accident policies / *Non applicable aux polices accident* Y/A M/M D/J Signature - Beneficiary / *Bénéficiaire*
DATE

I HEREBY AUTHORIZE any hospital, physician or other person who has attended or examined _____, now deceased, to disclose when requested to do so by Combined Insurance Company of America, or its representative, any and all the information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, examinations or treatment and to furnish copies of all hospital, medical or autopsy records. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE tous les hôpitaux, médecins ou autres personnes qui ont traité ou examiné _____, maintenant décédé, à révéler sur demande de la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique ou de ses représentants, chacune et toutes les informations concernant toute maladie ou blessure, l'histoire médicale, consultation, examens ou traitements et de fournir les copies de tous les rapports d'hôpitaux, médicaux ou autopsie. Une photocopie de cette autorisation est considérée comme étant aussi valide que l'original.

Date Beneficiary / *Bénéficiaire* _____ Nearest Relative / *Le plus proche parent* _____

PHYSICIAN'S STATEMENT OF DEATH / DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT POUR DÉCÈS

Deceased's Full Name / <i>Nom et prénoms du décédé</i>		Date of Death / <i>Date du décès</i> Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Place of Death / <i>Lieu du décès</i>		Age / <i>Âge</i>
Address / <i>Adresse</i>		Date of first treatment for last illness or injury / <i>Date du premier traitement pour la dernière maladie ou blessure</i> Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Date of last treatment for last illness or injury / <i>Date du dernier traitement pour la dernière maladie ou blessure</i> Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		If deceased was hospitalized for last illness or injury, please give Hospital's Name and Address / <i>Si le décédé fut hospitalisé pour la dernière maladie ou blessure, veuillez inscrire le nom et l'adresse de l'hôpital</i>					
Causes of DEATH (Please list only one cause per line a, b and c) / <i>Causes du DÉCÈS (Veuillez inscrire seulement une cause par ligne a, b et c)</i>		Immediate Cause of Death / <i>Cause immédiate du décès</i> a) _____			Duration / <i>Durée</i> a) _____		
		Antecedent Causes / <i>Causes antécédentes</i> b) _____			b) _____		
		c) _____			c) _____		
		Other significant diseases (Conditions contributing to death, but not related to disease or condition causing death). / <i>Autres maladies significatives (conditions contribuant au décès, mais non en relation avec la maladie ou condition causant le décès).</i>					
Was autopsy performed? If YES, please give name and address of Doctor who performed it. / <i>Une autopsie fut-elle faite? Si OUI, veuillez inscrire le nom et l'adresse du médecin qui a fait cette autopsie.</i>		From / <i>Du:</i> Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			To / <i>Au:</i> Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> Yes / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i>			<input type="checkbox"/> Yes / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i>		
If death followed an ACCIDENT please complete / <i>Si le décès a été causé par un ACCIDENT veuillez remplir</i>		Date of Accident / <i>Date de l'accident</i> Y/A M/M D/J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			History given as to how accident occurred / <i>L'histoire décrivant comment l'accident est survenu</i>		
		Upon first examination, did you observe any signs of injury? If YES, please describe. / <i>À la première consultation, avez-vous observé des signes de blessures? Si OUI, veuillez les décrire.</i>					
		Were the injuries sustained by the deceased, independent of all other causes, sufficient to cause death? / <i>Les blessures subies par le décédé, indépendantes de toutes autres causes, étaient-elles suffisantes pour causer le décès?</i>					
Please list names and addresses of all other doctors who treated deceased during terminal illness. / <i>Veuillez inscrire tous les noms et adresses des autres médecins qui ont traité le décédé durant la maladie terminale.</i>		<input type="checkbox"/> Yes / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i>			<input type="checkbox"/> Yes / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i>		
		Please list below all conditions for which you treated deceased in five years immediately preceding death. / <i>Veuillez inscrire ci-dessous toutes les conditions pour lesquelles vous avez traité le décédé durant les 5 années précédant immédiatement le décès.</i>					
Y/A DATE D/J M/M		Diagnosis / <i>Diagnostic</i>			Duration / <i>Durée</i>		Recovery / <i>Rétablissement</i>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
REMARKS / <i>REMARQUES</i>							

Physician's Name and Address (please print) / *Nom et adresse du médecin traitant (en lettres moulées)*

Date Y/A M/M D/J

Signature _____