



INSURANCE AND FINANCIAL SERVICES INC.

Return to: Life and Health Claims Dept. 2165 Broadway W, PO Box 5900 Vancouver, BC V6B 5H6

Proof of Death – Physician’s Statement

Please print in ink

The Claimant is Responsible for any Fee for this Information.

Full Name of Deceased [grid] Policy Number(s) [grid]

Residence at Death Street [grid]

City [grid] Province [grid] Postal Code [grid] Occupation [grid]

Age at Death [grid] or Date of Birth [grid] Date of Death [grid] Place of Death [grid]

(If Hospital or Institution, Give Name.) [grid]

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

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

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

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

Was an inquest held? [checkbox] Yes [checkbox] No Was an autopsy performed? [checkbox] Yes [checkbox] No If so, by whom and with what findings? [grid]

Was the Deceased known to be a cigarette smoker? [checkbox] Yes [checkbox] No

Have you treated or advised the Deceased during the last 5 years, prior to last illness? [checkbox] Yes [checkbox] 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? [checkbox] Yes [checkbox] No If Yes, furnish information below.

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

Name of Physician [grid] Address [grid] Nature of Illness or Injury [grid] Date [grid]

Physician’s Name (Please Print) [grid]

Address Street [grid] City [grid] Province [grid] Postal Code [grid]

Signature [grid] MD Date Signed [grid]

**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
	( J J / M M M M / A A A A )	( J J / M M M M / A A A A )	

(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?	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>( J J / M M M M / A A A A )</small>	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?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Le défunt était-il connu comme fumeur?

Oui    Non

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

Oui    Non

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?

Oui    Non

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
			( J J / M M M M / A A A A )
			( J J / M M M M / A A A A )

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

Adresse	Ville	Province	Code Postal

Signature	MD	Date
		( J J / M M M M / A A A A )