

**La Compagnie d'Assurance-Vie Primerica du Canada**  
**6985 Financial Drive, suite 400, Mississauga (Ontario) L5N 0G3**

**Questionnaire – décès à l'étranger**

**Renseignements personnels sur la personne décédée**

Dernière adresse au Canada \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Autres contrats d'assurance-vie ( ) Oui ( ) Non Si oui, précisez le nom des compagnies, les numéros de police et les capitaux

\_\_\_\_\_

No du permis de conduire \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Citoyenneté \_\_\_\_\_ No de passeport \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant au Canada \_\_\_\_\_

**Renseignements relatifs au déplacement**

Date à laquelle la personne décédée a quitté le Canada \_\_\_\_\_

Durée prévue du voyage \_\_\_\_\_

Itinéraire prévu \_\_\_\_\_

But du déplacement \_\_\_\_\_ S'il s'agissait d'un voyage d'affaire, veuillez énumérer les personnes contacts :

\_\_\_\_\_

Ligne aérienne empruntée \_\_\_\_\_ Vol no \_\_\_\_\_

Aéroport – départ \_\_\_\_\_

Y avait-il une escale? \_\_\_\_\_ Dans quelle ville? \_\_\_\_\_ Durée de l'escale \_\_\_\_\_

Le vol de retour était-il réservé? \_\_\_\_\_ Si oui, date du retour \_\_\_\_\_  
(joindre copie du billet)

**Précisions relatives au décès**

Adresse à l'étranger au moment du décès \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Lieu du décès \_\_\_\_\_ Date et heure du décès \_\_\_\_\_

Cause du décès \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital et adresse \_\_\_\_\_  
(joindre rapport de l'hôpital)

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_

Nom du médecin qui a établi l'attestation de décès \_\_\_\_\_

Une autopsie a-t-elle été pratiquée? ( ) Oui ( ) Non (si oui, veuillez joindre un rapport) A-t-on effectué une enquête? ( ) Oui ( ) Non

L'ambassade ou le consulat du Canada sont-ils intervenus? ( ) Oui ( ) Non  
Si oui, préciser le nom de l'officier de liaison \_\_\_\_\_

Nom de l'agent et du commissariat de police qui sont intervenus  
\_\_\_\_\_

Nom et adresse des témoins \_\_\_\_\_

Nom et adresse des personnes qui ont contacté les services d'urgence et (ou) l'hôpital \_\_\_\_\_

**Précisions relatives à l'inhumation (veuillez fournir les factures des services funéraires/cimetière)**

Nom et adresse du cimetière \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la personne dirigeant le service \_\_\_\_\_

Date de l'inhumation \_\_\_\_\_ (veuillez fournir les factures du cimetière)

Je déclare par la présente que, autant que je sache, les renseignements qui précèdent sont exacts.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20

