

CERTIFICAT POST-MORTEM

A faire remplir par le médecin traitant :

N° de Contrat : _____ N° de Sinistre : _____

Nom-Prénom-Date de naissance de l'Assuré(e) :

_____ Né(e) le ____ / ____ / ____

Date du décès : ____ / ____ / ____

Lieu du décès (Si le décès est survenu dans un établissement hospitalier, veuillez indiquer les nom et adresse)

Le décès est-il dû : à une cause naturelle ? à un suicide ?

à un accident ? à un homicide ?

Les circonstances du décès ont-elles donné lieu à une enquête de police ou de gendarmerie ? _____

Nature de l'affection ou des blessures qui ont provoquées le décès :

Date d'apparition de l'affection ou des blessures : ____ / ____ / ____

-Existait-il une invalidité. Totale Partielle Taux : _____

Si oui, depuis quand ? ____ / ____ / ____

- Existait-il une maladie chronique : Oui Non

Si oui, laquelle : _____

Depuis quand ? ____ / ____ / ____

- Une surveillance médicale était-elle nécessaire ? Oui Non

Si oui, était-elle régulière Occasionnelle

Depuis quand ? ____ / ____ / ____

Existait-il un traitement régulier : Oui Non

Existait-il une affection de longue durée : Oui Non

Si oui, laquelle : _____ Liste Hors liste

Depuis quand ? ____ / ____ / ____

Lieu et date : _____

Cachet, Signature et qualité du praticien par rapport à la personne décédée :