



Vos réf. : 7425522FOB 9 68

CONSTATATION MEDICALE DE DECES
(à faire établir par le Médecin traitant ou
par le Médecin qui a constaté le décès)

Décès de M. _____ Agé de _____ ans

Date du décès : _____ Lieu du décès _____

Cause du décès : s'agit-il

d'une MALADIE ? _____

d'un ACCIDENT ? _____

d'un SUICIDE ? _____

d'un HOMICIDE ? _____

Si le décès est consécutif à une MALADIE :

- A quelle date en avait été posé le diagnostic ? _____

- L'intéressé en avait-il eu connaissance ? _____

Si le décès est consécutif à un ACCIDENT :

- Date de cet accident : _____

- Les lésions qu'il a provoquées sont-elles directement responsables du décès ? _____

Nom et prénom du Médecin
(cachet)

Signature du Médecin

Ce questionnaire a été rédigé le plus succinctement possible. Le Médecin est invité à répondre avec précision à toutes les questions afin de permettre un règlement rapide des sommes dues aux bénéficiaires de l'assurance.