

DECLARATION DE DECES

A COMPLETER PAR LES AYANTS DROIT DE L'ASSURE(E)

Identification de l'assuré(e) : Madame Monsieur

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

Profession :

Nom du médecin traitant de l'assuré(e) :

Adresse :

Identification du déclarant : Madame Monsieur

Nom du déclarant : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

Code Postal : Ville :

Lien avec l'assuré(e) :

Informations relatives au décès de l'assuré(e) :

• **Date du décès :**/...../..... **Lieu du décès :**

• **Cause du décès :** Non connue Accident Mort naturelle

• **Le décès a-t-il donné lieu à une enquête de police ou de gendarmerie ?** oui non

Si oui N° de Procès Verbal : déposé auprès du TGI de :

Observations :

.....

Fait à : le :/...../.....

Signature du déclarant

Rappel des documents à joindre à la présente déclaration de décès :

- Le certificat médical de décès à compléter par le médecin traitant de l'assuré(e) (volet 6) ou par le médecin ayant constaté le décès,
- Un acte de décès délivré par la Mairie ou sa copie certifiée conforme,
- Si procès verbal (PV) de police ou de gendarmerie a été dressé, la copie intégrale de ce PV,
- Les coupures de presse (le cas échéant).

Les documents sont à envoyer sous pli confidentiel à :

SERVICE MEDICAL

A l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur

42 Boulevard Alexandre Martin

45057 ORLEANS CEDEX 1