

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE L'ASSURE(E) OU PAR LE MEDECIN AYANT CONSTATE LE DECES

*Afin de ne pas retarder l'étude du dossier, notre Médecin Conseil attire votre attention sur le fait que seul un certificat dûment complété, daté, signé et revêtu de votre cachet sera étudié.
Le certificat ne devra comporter aucune rature, ni surcharge.
A défaut le document sera considéré non recevable.*

**Pour garantir la confidentialité des informations communiquées,
ce document pourra être remis sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil.**

Identification de l'assuré(e) : Madame Monsieur

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

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

Date du décès :/...../..... Lieu du décès :

1. Etes-vous le médecin traitant de l'assuré(e) ? oui non

• Si oui, depuis quand ?

• Si non, coordonnées du médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :

2. Cause du décès : Mort naturelle Accident Homicide Suicide
Autre cause Laquelle ?

3. S'il s'agit d'un accident, préciser les circonstances exactes et détaillées :

.....
.....
.....
.....

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

5. Date de première constatation médicale de l'affection ayant entraîné le décès :/...../.....

• Avait-on prescrit à l'assuré(e) un (des) arrêt(s) de travail pour cette affection ? oui non

Si oui, dates exactes et durées des arrêts de travail éventuels :

.....

• Lui avait-on prescrit un traitement médical pour cette affection ? oui non

Si oui, date initiale de traitement :/...../..... Durée :

6. L'assuré(e) faisait-il(elle) l'objet d'un suivi médical pour d'autres affections ? oui non

• Si oui, date de première constatation médicale de ces affections :/...../.....

• Si oui, date initiale de traitement pour ces affections :/...../..... durée :

• Si oui, dates exactes et durées des arrêts de travail éventuels :

7. L'assuré(e) a-t-il(elle) subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ces dix dernières années ?

oui non

• Si oui, à quelles dates ?/...../.....,/...../.....,/...../.....,/...../.....

8. L'assuré(e) bénéficiait-il(elle) d'une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale ou par un autre organisme assimilé ?

oui non

• Si oui, depuis quelle date ?/...../.....

• Si oui, nom de l'organisme ?

9. L'assuré(e) percevait-il(elle) une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'un autre organisme assimilé ?

oui non

• Si oui, depuis quelle date ?/...../.....

• Si oui, nom de l'organisme :

• Si oui, taux : % ou catégorie

Observations :
.....
.....
.....
.....

Certificat médical établi à la demande de l'ayant droit de l'assuré(e) et remis en mains propres à ce(tte) dernier(ère) pour faire valoir ce que de droit.

Fait à : le :/...../.....

Cachet et signature du médecin

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

Art décrets n°79-506 du 28 Juin 1979 portant sur le code de déontologie médicale : « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Les honoraires liés à l'établissement des différents certificats médicaux (volets) ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assureur.