

Certificat médical - Certificat de décès

Le présent certificat doit être rempli de la propre main du médecin qui a soigné l'assuré lors de sa dernière maladie. S'il s'agit d'un accident, ce certificat doit être rempli par le médecin qui a constaté le décès.

Assuré - défunt	
Nom :	_____ <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Prénom :	_____ Date de naissance _____
Numéro de police :	_____ Date d'effet: _____
Numéro de dossier sinistre: _____	

Lieu du décès :	_____
Date du décès :	_____ Heure du décès: _____ h _____
Cause du décès :	<input type="checkbox"/> Maladie ou suicide (point 1 voir recto) <input type="checkbox"/> Accident (point 2 voir verso)

1 Maladie

Quelle maladie a été la cause directe du décès?

Selon vous, depuis combien de temps le défunt souffrait-il de cette maladie?

Avant sa dernière maladie, le défunt a-t-il souffert d'autres affections graves?

Oui Non

Si oui, lesquelles et quand?

Le défunt gardait-il le lit ou a-t-il dû cesser ses activités professionnelles?

Oui Non

Si oui, depuis quand?

Le défunt vous a-t-il consulté(e) pour la maladie qui a causé directement ou indirectement son décès?

Oui Non

Si oui, quand pour la première fois?

Si non, veuillez noter au verso du présent formulaire le nom et l'adresse du médecin qui l'a soigné.

Le mode de vie du défunt, ses activités, ses habitudes alimentaires (alcoolisme), certaines manies (consommation de drogues), etc. ont-ils causé ou précipité son décès?

Oui Non

Si oui, pourriez-vous donner quelques détails?

Une autopsie a-t-elle été ordonnée et/ou pratiquée?

Oui Non

Si oui, quel en a été le résultat?

Le défunt s'est-il suicidé?

Oui Non

Si oui, son acte peut-il s'expliquer par des désordres (d'ordre familial, moral, financier ou autre) ou a-t-il été posé alors que le défunt souffrait d'une affection mentale et laquelle?



20 00 07 00 00 05 88

2 Accident

(A compléter par le médecin qui a constaté le décès, éventuellement en concertation avec le déclarant/l'ayant droit).

Accident de la route Accident de travail Accident de sport Accident privé

Lieu de l'accident : _____

Compte rendu circonstancié de l'accident:

Y a-t-il des témoins de l'accident?

Oui Non

Si oui, nom et adresse:

Le défunt était-il sous l'influence de stupéfiants, de drogues ou de l'alcool?

Oui Non

Une prise de sang a-t-elle été effectuée?

Oui Non

La police a-t-elle dressé un procès-verbal?

Oui Non

Si oui, numéro de PV: _____

Dressé par: _____

(veuillez joindre une copie)

Le parquet a-t-il ouvert une enquête judiciaire?

Oui Non

Si oui: numéro de notation: _____

Nom et adresse du Procureur du Roi chargé de l'enquête:

Dans le cas d'un accident de la route

Le défunt était-il aussi conducteur du véhicule?

Oui Non

Raison du voyage : _____

Lieu et heure du départ : _____

Destination : _____

Coordonnées du médecin

Nom et prénom : _____

Rue : _____ Numéro _____

Localité : _____ Code postal _____

Depuis combien de temps connaissiez-vous le défunt? _____ ans. Avez-vous également soigné le défunt pour sa dernière maladie? Oui Non

Si la réponse est non, nom, adresse & n° de tél. du médecin:

Nom et prénom : _____

Rue : _____ Numéro _____

Localité : _____ Code postal _____

Fait à : _____

Le : _____

(Signature du médecin)