

No Contrat d'assurance		
Nom / Prénom de la personne décédée		Date du décès _ _ - _ _ - _ _
Domicile au moment du décès		Lieu du décès
Date de naissance _ _ - _ _ - _ _	Si cette personne est décédée dans un hôpital ou une institution, en donner le nom.	

CAUSE DU DÉCÈS

Indiquez une seule cause pour chaque paragraphe A ■ B ■ C ■.

A ■ Maladie, blessure ou condition ayant directement causé le décès	A ■ Date du début de la maladie _ _ - _ _ - _ _
B ■ Causes antécédentes (États pathologiques ayant éventuellement conduit à l'état précité)	B ■ Date du début de la maladie _ _ - _ _ - _ _
C ■ Maladie ou état morbide provoqués par ou consécutifs à	C ■ Date du début de la maladie _ _ - _ _ - _ _

AUTRES ÉTATS MORBIDES IMPORTANTS (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué)

POUR LA DERNIÈRE MALADIE	Date des premiers soins _ _ - _ _ - _ _	Spécifiez si le décès est dû à : <input type="checkbox"/> un accident <input type="checkbox"/> un suicide <input type="checkbox"/> un homicide Décrivez brièvement :
	Date des derniers soins _ _ - _ _ - _ _	

Y a-t-il eu enquête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Y a-t-il eu autopsie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, par qui et donnez les constatations :
----------------------	---	-----------------------	---	---

Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours des 5 années précédant la dernière maladie?	Date(s) _ _ - _ _ - _ _	Diagnostic(s) alors posés :
<input type="checkbox"/> Oui, indiquez les dates	_ _ - _ _ - _ _	
<input type="checkbox"/> Non	_ _ - _ _ - _ _	

À votre connaissance, au cours des 5 dernières années, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou autre institution? Oui Non

Nom du médecin	Nom de l'hôpital ou de l'institution
Date _ _ - _ _ - _ _	Diagnostics ▶

Nom du médecin	Nom de l'hôpital ou de l'institution
Date _ _ - _ _ - _ _	Diagnostics ▶

Usage de tabac

1. Est-ce que la personne décédée fumait?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Si non, a-t-elle déjà fumé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3. Si oui, à quelle date a-t-elle cessé de fumer? _ _ - _ _ - _ _

NOM DU MÉDECIN (EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE)	ADRESSE	N° TÉLÉPHONE
SIGNATURE	DATE _ _ - _ _ - _ _	N° LICENCE
		N° TÉLÉCOPIEUR