

Rapport médical sur la cause du décès

Prévoyance privée

1. Personne assurée

Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Rue/n°	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	N° Police	<input type="text"/>

2. Questions générales

2.1 Quand le décès est-il survenu?

Date	Heure
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2 Quelle est la cause première du décès (maladie primaire et/ou blessure)?

2.3 Quelle est la cause secondaire du décès (maladie secondaire et/ou blessure)?

2.4 Le défunt fumait-il?

Oui Non

(Fumer comprend le fait de fumer du tabac et des produits stupéfiants notamment des cigarettes, cigarettes électroniques, cigars et pipes.)

Inconnu

Si oui, pendent combien de temps?

2.5 Le décès est-il survenu suite à un suicide?

Oui Non

2.6 A t'on procédé à une autopsie?

Oui Non

Si oui, où et par qui a-t-elle ou sera-t-elle pratiquée ?



- 2.7 La cause du décès est-elle incertaine? Oui Non
- 2.8 Le décès a-t-il été causé par un délit? Oui Non
- 2.9 Une enquête officielle a-t-elle été ouverte? Oui Non

Si oui, nom/adresse de l'autorité d'instruction compétente

.....
3. Décès à la suite d'une maladie

3.1 Quand le défunt a-t-il été traité la première fois pour la maladie primaire ? **Date**

Noms/adresses des médecins traitants

3.2 Quand le défunt a-t-il été traité la première fois pour la maladie secondaire ? **Date**

Noms/adresses des médecins traitants

3.3 Le défunt souffrait-il encore d'autres maladies? Oui Non

Si oui, desquelles et depuis quand?

Noms/adresses des médecins traitants



.....
4. Décès à la suite d'un accident

4.1 Le défunt était-il en parfaite santé et capable de travailler au moment de l'accident? Oui Non

Si non, de quelles maladies souffrait-il et depuis quand?

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

4.2 S'agit-il d'un accident de la circulation? Oui Non

Si non, de quel genre d'accident s'agit-il?

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

4.3 La police a-t-elle été appelée? Oui Non

Si oui, poste de police compétent

.....

.....
5. Invalidité

5.1 Une demande pour la détection précoce et/ou de prestations a-t-elle été effectuée auprès de l'Assurance-invalidité avant le décès? Oui Non

Nom/adresse office AI

.....

.....
6. Remarques

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

Honoraires médicaux: Rapport succinct CHF 60.– / rapport plus détaillé CHF 80.– / rapport très complet CHF 140.–

.....
7. Signatures

Par votre signature, vous confirmez l'exhaustivité et l'exactitude des informations fournies.

Lieu/date

.....

Signature/tampon
médecin

.....

