

CONSTATATION MEDICALE DE DECES*

الشهادة الطبية للوفاة

(A faire remplir par le Médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès)

Défunt (Assuré): Nom.....Prénom :.....

Date de naissance : / / / / / / / /

Adresse :.....

N° Pièce d'Identité : (CIN ou autres).....

Etes-vous le médecin traitant qui a constaté le décès du défunt (Assuré) : Oui Non

Si non NomPrénom :du médecin traitant

Je soussigné Dr ; certifie que le décès de la personne désignée ci-dessus est

survenu le : / / / / / / / / à heure(s).....mn à :.....(lieu)

Si le décès est consécutif à une maladie :

Nature de la maladie :.....

1. A quelle date remonte le début de la maladie qui a causé le décès ?(le cas échéant mois et année) :

/ / / / / / / /

2. A quelle date le défunt (l'assuré) a pris connaissance de la maladie? / / / / / / / /

3. A quelle date remonte la cessation de son activité professionnelle suite à une maladie ou accident?

/ / / / / / / /

Si le décès est de cause naturelle :

1. Cause du décès :

a- Cause immédiate (complication ou nature de l'évolution terminale qui a entraîné la mort)

.....qui est consécutive à.....

b- Cause initiale (état morbide à l'origine de l'enchaînement qui a conduit au décès).....

2. Causes associées (état morbide ou physiologique (exemple grossesse) ayant contribué à l'évolution fatale et depuis quand le diagnostic est-il établi ;.....

HTA (depuis :.....) Cardiopathie (depuis :.....)

Diabète (depuis :.....) Dyslipidémie (depuis :.....)

IRC (depuis :.....) Hépatite chronique /Cirrhose (depuis :.....)

Autres (depuis :.....)

3. Existence d'autopsie : Oui Non

Si le décès est consécutif à un accident :

1. Nature de l'accident :.....
2. Date de l'accident :.....
3. Lieu de l'accident :.....
4. Existence d'autopsie : Oui Non

Si le décès est dû à un suicide :

Le suicide peut-il être considéré comme ? Volontaire ou Inconscient

1. Nom et adresse du Médecin ayant constaté le décèsTél :.....
2. Existence d'autopsie : Oui Non

Fait à.....le.....

Nom et Prénom du Médecin

Signature et Cachet

***Ce document a été rédigé le plus succinctement possible. Le médecin est prié de répondre avec précision à toutes les questions afin de fournir les prestations dues aux bénéficiaires de l'assurance. Ce document est confidentiel et sera remis sous pli fermé au Médecin Conseil de l'Entreprise d'Assurance.**

L'Entreprise d'Assurance garantit la protection des données à caractère personnel du défunt (assuré) et ce conformément aux dispositions de la loi organique n°2004-63 du 27 juillet 2004 et des textes qui la modifient et la complètent.