

Certificat médical post mortem
(établi par le médecin traitant)

Strictement confidentiel

Va directement et fermé à: médecin de la société Allianz Suisse Vie, Case postale, 8010 Zurich

Personne assurée: _____ N° de police _____
Date de naissance: _____ N° AVS _____
Adresse: _____ O BT KL _____

1. Depuis quand connaissiez-vous la personne susmentionnée ?	_____
2. Quand avez-vous commencé le traitement de la maladie ayant entraîné le décès ? La personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins pour cette maladie ? Par qui ?	_____ _____
3. Quelles furent vos constatations à la suite du premier examen et quel diagnostic avez-vous alors posé ?	_____ _____
4. La personne décédée avait-elle déjà été traitée avant la maladie ayant entraîné le décès ? A quel époque, par qui et pour quelle(s) maladie(s) ?	_____ _____ _____
5. A quel moment, à votre avis, remonte le début de la maladie ayant entraîné le décès ?	_____ _____
6. Cause du décès	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide
7. Quelle est la cause exacte du décès ?	_____ _____
8. Un examen anatomopathologique ou une autopsie ont-ils été effectués ?	_____ _____
9. Autres remarques:	_____ _____

Lieu: _____ **Date:** _____ **Signature et timbre du médecin:** _____