L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

MUTUELLE

CERTIFICAT DE DÉCÈS

Médecin traitant

Nom et prénom de la personne décédée	Date de naissance A M J
Domicile au moment du décès	Date de décès A M J

Est-ce que la personne décédée fumait ? ☐ **OUI** (1) ☐ **NON** (2)

(1) Si OUI, depuis quand fumait-elle ? _____

A-t-elle déjà cessé de fumer ? ☐**oui** ☐**non** Si oui, durant quelle période ? _____

(2) Si NON, a-t-elle déjà fumé ? ☐**oui** ☐**non** Si oui, durant quelle période ? _____

Si décédée dans un hôpital ou une institution, en donner le nom

CAUSE DU DÉCÈS

Maladie, blessure ou condition ayant directement causé le décès	Date du début de la maladie A M J
Causes antécédentes (états pathologiques ayant éventuellement conduit à l'état précité)	Date du début de la maladie A M J
Maladie ou état morbide provoqué par ou consécutif à	Date du début de la maladie A M J

Pour la dernière maladie - date des premiers soins A M J	Pour la dernière maladie - date des derniers soins A M J

Le décès est-il dû à : ☐ un accident ☐ un suicide ☐ un homicide
Si oui, décrivez brièvement :

Y a-t-il eu enquête du coroner ? ☐**oui** ☐**non** Y a-t-il eu autopsie ? ☐**oui** ☐**non**
Si oui, indiquez par qui et donner les constatations

Avez-vous traité la personne décédée ou vous a-t-elle consulté au cours **des 5 années précédant** la dernière maladie ? ☐**oui** ☐**non** Si oui, indiquer les dates	Dates	Diagnostics alors posés :
	A M J	
	A M J	
	A M J	

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 A M J	Diagnostic
Nom du médecin	Nom de l'hôpital ou de l'institution
Date A M J	Diagnostic

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

_____ _____
Signature du médecin traitant Nom du médecin (en caractère d'imprimerie)

_____
Adresse du médecin traitant