

Attestation médicale confidentielle

A établir par le médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès avec retour confidentiel à l'aide de l'enveloppe jointe

Nous vous remercions par avance de bien vouloir remplir ce questionnaire indispensable au règlement des sommes dues aux bénéficiaires de l'assurance

Identité et adresse de la personne décédée	Nom : Prénom : Adresse :
Date du décès	___ / ___ / _____
Cause du décès	<input type="checkbox"/> Maladie : - Date de début de la maladie : - Date de cessation de l'occupation professionnelle : <input type="checkbox"/> Accident : - Date de l'accident : - Lieu de l'accident : - Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Autre :

Nom du médecin :

Date :

Cachet et signature du médecin :