



d'Assurance / **nei erfannen**

## Certificat Médical

vie particuliers

numéro de votre contrat

4 0 | | | | | | |

Ce certificat est à retourner sous pli confidentiel au **Secrétariat Médical Vie Particuliers**, à l'attention du médecin-conseil, à l'adresse suivante : AXA Assurances Vie Luxembourg, 1, place de l'Etoile L-1479 Luxembourg

### Assuré

☐ Madame

☐ Mademoiselle

☐ Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse (rue/n°) : \_\_\_\_\_

Code postal et localité : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Indications générales

Lieu du décès : \_\_\_\_\_

Date du décès : \_\_\_\_\_

Quelle est la cause exacte du décès ?

☐ Maladie

☐ Accident

☐ Suicide

☐ Homicide

Est-ce que les circonstances du décès ont donné lieu à une enquête judiciaire : ☐ oui ☐ non

Une autopsie a-t-elle été ordonnée et / ou pratiquée ? ☐ oui ☐ non

Depuis quand l'assuré est-il votre patient ? \_\_\_\_\_

Etes-vous le médecin traitant ? ☐ oui ☐ non

Dans la négative, pourriez-vous nous indiquer le nom et adresse de son médecin habituel :

Médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**A. Indications complémentaires en cas de décès par suite de Maladie :**

Désignation de la nature de la maladie qui a causé la mort, accompagnée d'une courte description de l'évolution de la maladie :

\_\_\_\_\_

Vers quelle date la nature de cette affection a-t-elle été reconnue pour la première fois ?

\_\_\_\_\_

Le défunt a-t-il souffert d'affections qui auraient pu entraîner la maladie qui a occasionné son décès ?

☐ oui ☐ non

Si oui, le(s) quel(s) et quand ?

\_\_\_\_\_

Le mode de vie du défunt, ses occupations, ses habitudes alimentaires (alcoolisme,..), certaines manies (usage de stupéfiant,...), ont-ils produit ou hâté sa fin ?

☐ oui ☐ non

**B. Indications complémentaires en cas de décès par Accident :**

Veuillez indiquer la date, l'endroit exact ainsi que les causes et circonstances de l'accident.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Indications complémentaires en cas de Suicide :**

Facteur(s) déclenchant(s) connu(s) ?

☐ oui ☐ non

Si oui, le(s) quel(s) ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A votre connaissance, l'assuré présentait-il des troubles psychiques ou mentaux ?

☐ oui ☐ non

Nature des troubles :

Reconnaissance par notre assuré depuis :

\_\_\_\_\_

Je déclare que les réponses aux questions ci-avant sont sincères et véritables.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

Le médecin

Cachet

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_