

DECLARATION DE DECES
(à compléter par le médecin)

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE:

Nom:

Adresse:

Profession:

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DECES:

Date:/...../..... Heure: Lieu:

Cause:

Accident Date:/...../.....

Description des circonstances:
.....
.....
.....

Maladie Date de manifestation:/...../.....

Description de l'évolution de la maladie:
.....
.....
.....

A le 20.....

Signature du médecin