



**QUATREM**

Assurances Collectives

59-61, rue La Fayette - BP 460.09

75423 PARIS CEDEX 09

Je soussigné(e) ....., ayant-droit de M. ...., assuré(e) au titre du contrat référencé ci après autorise le Docteur ....., médecin traitant de l'assuré à compléter le certificat ci-dessous destiné au Médecin Conseil de QUATREM.

Fait à ....., le ..... Signature :

**C E R T I F I C A T M É D I C A L D É C È S**

Contrat n° ..... Dossier n° .....  
Ce certificat doit être inséré dans l'enveloppe médicale jointe, destiné à M. le Médecin Conseil de QUATREM Assurances Collectives et adressé avec les autres pièces réclamées au centre de gestion de votre dossier.

Nom et prénom de l'assuré(e) : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Profession exacte : ..... Salarié :  Non salarié :

Date d'adhésion à l'assurance : .....

**À R E M P L I R P A R L E M É D E C I N T R A I T A N T**

Date du décès : .....

Lieu du décès (Domicile, hôpital, institution, ...) .....

Le décès est-il dû : à une cause naturelle ?  à un suicide ?  à un accident ?  à un homicide ?

L'affection ayant entraîné le décès est-elle en rapport avec un risque exclu précisé sur le contrat ci-joint :  
OUI  NON

En cas d'accident indiquer : la date : ..... le lieu : ..... la nature : .....

Les circonstances du décès ont-elles donné lieu à une enquête de police ou de gendarmerie : OUI  NON

Coordonnées de l'autorité : .....

Date des premiers symptômes de l'affection qui a entraîné le décès : .....

Date de première constatation médicale de cette affection : .....

Cette affection avait-elle justifié un traitement médical ? OUI  NON

Si OUI : À quelle(s) date(s) : .....

Cette affection avait-elle justifié une intervention chirurgicale ? OUI  NON

Si OUI : À quelle(s) date(s) : .....

Cette affection avait-elle nécessité une hospitalisation ? OUI  NON

Si OUI : À quelle(s) date(s) : ..... Durée(s) : .....

Cette affection avait-elle justifié un (des) arrêt(s) de travail ? OUI  NON

Si OUI : À quelle date : ① ...../...../..... ② ...../...../..... ③ ...../...../.....

Durée : ① ..... ② ..... ③ .....

À la date d'adhésion au contrat, l'assuré avait-il fait ou faisait-il l'objet :

D'une surveillance médicale clinique, biologique et/ou radiologique particulière pour d'autres affections ? OUI  NON

Si OUI : Date du 1<sup>er</sup> diagnostic pour chaque affection : ① ...../...../..... ② ...../...../..... ③ ...../...../.....

D'un traitement médical de plus d'un mois ? OUI  NON

Si OUI, à quelle(s) date(s) et de quelle durée ? : Traitement ① ..... Date : ..... Durée : .....

Traitement ② ..... Date : ..... Durée : .....

Ces affections avaient-elles nécessité une intervention chirurgicale ? OUI  NON

Si OUI : À quelle(s) date(s) : .....

Ces affections avaient-elles nécessité une hospitalisation ? OUI  NON

Si OUI : À quelle(s) date(s) : ..... Durée(s) : .....

Ces affections avaient-elles justifié un (des) arrêt(s) de travail ? OUI  NON

Si OUI : Date(s) : ① ...../...../..... ② ...../...../..... ③ ...../...../.....

Durée(s) : ① ..... ② ..... ③ .....

Fait à ....., le .....

(Signature et cachet du médecin)

VG 1734 - (01/01/10) - Imp. MMA Le Mans

Les ayants-droit sont tenus de produire, à leurs frais, toutes attestations médicales requises par la Société d'Assurances. Certificat remis en mains propres à l'ayant droit pour faire valoir ce que de droit.