

Rapport médical en cas de décès

(Ce formulaire est publié sur www.mobi.ch et peut être rempli à l'écran. Utilisez le tabulateur pour passer d'un champ à l'autre. Il est également possible de l'imprimer et de le remplir à la main. Merci de ne pas le retourner par voie électronique.)

Personne assuré

Nom/Prénom

Date de naissance

Date du décès

Décès

1. Cause du décès

2. ☐ **Maladie**

Diagnostic de la maladie de base

Cette maladie s'est manifestée de quelle manière et quand pour la première fois

Date du diagnostic

Date à laquelle le patient a été informé de ce diagnostic

Maladies antérieures

Maladies

Durée du/au

☐ **Accident**

Genre d'accident

Date de l'accident

☐ **Suicide**

Date du suicide

3. Existe-t-il un lien entre la cause du décès et la maladie de base?

☐ Oui

☐ Non

Traitements de l'affection causale du décès

4. Début de votre traitement

5. Traitements auprès d'autres médecins

Période du/au

Nom du médecin, lieu

Raisons

Autopsie

6. Une autopsie a-t-elle été effectuée?

☐ Oui

☐ Non

Qui en a été chargé?

Qui a demandé l'autopsie?

Avant le décès

7. Incapacité de travail

Période du/au	%	Raisons

8. Nom et adresse du médecin de famille

9. La personne décédée a-t-elle, à une période de sa vie, fumé des cigarettes? Si oui, durant quelle période?

Remarques/observations

10. Avez-vous établi des rapports médicaux en cas de décès pour d'autres compagnies d'assurances? Lesquelles?

11. Vos commentaires:

Date

Signature

Timbre et adresse du médecin

Le rapport doit être adressé directement au service médical de la Mobilière à Nyon. Les frais de ce rapport sont à la charge de la Mobilière.

Annexes:

1 note d'honoraires

2 enveloppes