

(Ce formulaire est publié sur [www.mobi.ch](http://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 assurée

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 :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

Date :

Timbre et adresse du médecin :

Signature :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Annexes:

1 note d'honoraires

2 enveloppes