

**CERTIFICAT MEDICAL DE DECLARATION DE DECES
A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE L'ASSURE**

Afin de ne pas pénaliser la demande de prise en charge de l'assuré, nous vous remercions de compléter ce document avec le plus grand soin et d'apporter toutes les précisions utiles en cas de réponse positive (notamment les dates en précisant bien le jour, le mois et l'année).

Pour préserver toute confidentialité, ce document devra être remis sous pli cacheté et adressé à :

SOGECAP - A l'attention du Médecin Conseil - 42 Boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLEANS CEDEX 1

Identification de l'assuré

Nom de l'assuré : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Date du décès ____ / ____ / ____ Lieu du décès : _____

Informations relatives au décès de l'assuré

1. Etes-vous le médecin traitant de la personne décédée ? oui non Si OUI depuis quand : ____ / ____ / ____

Si NON, coordonnées du médecin traitant : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

2. Cause du décès : Mort naturelle : oui non Accident : oui non

3. S'il s'agit d'un accident :

Date de l'accident : ____ / ____ / ____ Lieu de l'accident : _____

Circonstances détaillées : _____

Description des séquelles : _____

L'accident est-il survenu dans quel cadre : Privé Sportif Professionnel

Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire ? oui non

Des traitements ont-ils été prescrits dans les suites de l'accident ? oui non

Une intervention extérieure a-t-elle eu lieu ? oui non

4. Le décès a-t-il donné lieu à une enquête de police ou de gendarmerie ? oui non

5. Date de première constatation médicale de l'affection ayant entraîné le décès : _____

6. Lui avait-on prescrit un (des) arrêt(s) de travail pour cette affection ? oui non

Si OUI, dates et durées des arrêts de travail éventuels : _____

7. Lui avait-on prescrit un traitement médical pour cette affection ? oui non

Si OUI, date initiale de traitement : ____ / ____ / ____

8. L'assuré faisait-il l'objet d'un suivi médical pour d'autres affections ? oui non

Si OUI, date de première constatation médicale de ces affections : ____ / ____ / ____

Date initiale de traitement pour ces affections : ____ / ____ / ____ Préciser la durée du traitement : _____

Dates et durées des arrêts de travail éventuels : _____

9. L'assuré a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ayant justifié une hospitalisation de plus de quatre jours ces dix dernières années ?

oui non Si OUI, dates : _____

10. Bénéficiait-il d'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale ? oui non

Si OUI, depuis quelle date ? : _____

11. Percevait-il une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale ou d'un autre organisme ? oui non

Si OUI, depuis quelle date ? : _____ Nom de l'organisme : _____ Taux : _____ %

Observations : _____

Certificat médical rédigé à la demande des ayants droit et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____ Cachet et Signature du médecin :

RAPPEL DES PIÈCES À TRANSMETTRE AVEC LA DÉCLARATION

- Une copie du tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre
- La demande d'adhésion à l'assurance
- Un extrait de l'acte de Décès
- Un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par votre médecin traitant de l'Assuré
- En cas de décès accidentel, tout document précisant les circonstances de celui-ci : procès verbal de gendarmerie ou à défaut le rapport de police, coupure de presse...