

Rapport médical relatif à un cas de décès

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie. Les formulaires dûment remplis vous épargnent, à vous comme à nous, du travail inutile.

Personne décédée

Nom

Prénom

N° AVS

Date de naissance

Date de décès

1. Cause du décès

Quelle a été la cause du décès?

2. Diagnostic de la cause initiale

Quel a été le diagnostic de la cause initiale?

Quand a-t-il été posé?

3. Traitement

Début et durée du traitement?

4. Traitement par d'autres médecins

La personne décédée a-t-elle également été traitée par d'autres médecins? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels? (veuillez indiquer l'adresse)



▼ Veuillez tenir compte de la page suivante.

5. Pathologies préexistantes

Quelles étaient les pathologies préexistantes?

Durée?

6. Décès accidentel

S'agit-il d'un décès accidentel?

☐ oui

☐ non

Si oui: type d'accident?

7. Suicide

S'agit-il d'un suicide?

☐ oui

☐ non

Si oui: type de suicide?

Remarques

Localité

Date

Cachet et signature du médecin

Veuillez joindre la facture (aucun remboursement ne peut être effectué sans facture) et le bulletin de versement et les envoyer directement à l'adresse suivante:

Asga Pensionskasse, Medizinischer Dienst/VB, Rosenbergstrasse 16, 9001 Saint-Gall

Montant de la facture: CHF

Payé le:



► Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli, signé et avec les documents requis à l'Asga Pensionskasse, Medizinischer Dienst / VB, Rosenbergstrasse 16, 9001 St.Gallen.