

Certificat médical en cas de décès

Personnelle / Confidentielle Service médical de la Caisse
de pension de menuisère
Ifangstrasse 8
8952 Schlieren

Personne assurée

Nom, Prénom:

Date de naissance / Date du décès:

N° AVS: 756.

Rue, NPA, Localité

1. Attestation de la Cause du décès

a) Maladie primaire:

b) Maladie secondaire
Cause du décès:

2. Quand avez-vous commencé le traitement
de la maladie ou de l'accident qui ont
amené la mort?

a) Quel diagnostic vous avez posé à l'époque?

3. Cause du décès: maladie maladie professionnelle accident conséquences des accidents suicide

a) Brève description de la maladie, de
l'accident, du suicide:

b) En cas d'accident, maladie professionnelle:
Quel maladie a éventuellement eu influence?

4. Quand sont survenus les premiers signes
de la maladie?

a) Depuis quand, selon vous, l'assuré a-t-il
connu sa maladie?

b) Depuis quand l'assuré était-il en incapacité
de travail / de gain? % de: au:

% de: au:

Lieu, Date:

Timbre et signature du médecin:

Note d'honoraires

Veuillez noter que selon nos dispositions réglementaires les frais résultant de l'établissement des pièces justificatives sont à la charge des ayants droit.

Pour les questions éventuelles

Tel. 044 253 93 92 – Fax 044 253 93 94 - info@pkschreiner.ch