

Certificat médical décès Paxivie

Document médical confidentiel à compléter obligatoirement par un **MÉDECIN**
destiné au **MÉDECIN CONSEIL** de la mutuelle **TUTÉLAIRE**

Document à renvoyer complété à :
Tutelaire - Paxivie - Médecin conseil - 157 avenue de France - 75013 Paris

■ Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : _____ Date de naissance _____

Prénom(s) : _____ Situation familiale _____

Adresse : _____

■ Nature du décès

Date et lieu du décès : le _____ à _____

Le décès fait suite à : une maladie un accident un suicide

Si accident, merci de préciser :

de la voie publique du travail domestique touristique scolaire loisir sportif
loisir sportif médical autre , préciser : _____

Circonstances détaillées : _____

Date de la première consultation : _____

S'agit-il d'une rechute d'accident ? oui non

Si oui, date de l'accident initial : _____

Y a-t-il un état de santé antérieur susceptible d'aggraver les conséquences du décès ? oui non

Si oui, précisez : _____

Les informations recueillies dans le présent document, ou contenues dans les pièces demandées, ont pour finalités la gestion et l'exécution du contrat et la gestion du risque. Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement et de limitation du traitement vous concernant. Pour les exercer, adressez un courrier simple au responsable de traitement : Tutelaire, 157 avenue de France, 75013 Paris ou un mail à : donneespersonnelles@tutelaire.fr. Pour plus d'informations relatives à la gestion de vos données, vous pouvez à tout moment consulter notre politique de confidentialité sur le site internet www.tutelaire.fr ou la demander par courrier simple au responsable de traitement de Tutelaire.

