

Certificat médical décès Paxivie

Document médical confidentiel
destiné au MÉDECIN CONSEIL de la mutuelle TUTÉLAIRE

Document à renvoyer complété à :
Tutelaire - Paxivie - Médecin conseil - 45 rue Eugène Oudiné - 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, 45 rue Eugène Oudiné, 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.

A-t-il été hospitalisé ? oui ☐ non ☐

Si oui, service(s) : _____

Motif(s) : _____

Date(s) et durée(s) : _____

Y a-t-il un traitement en rapport avec le décès ? oui ☐ non ☐

Nature, date et durée : _____

A-t-il subi des prélèvements de toxiques ? oui ☐ non ☐

Si oui, précisez natures et résultats : _____

Le décès est-il suspect ? oui ☐ non ☐

Y a-t-il, à votre connaissance, une enquête de police ou de gendarmerie ? oui ☐ non ☐

Je soussigné(e) _____, certifie avoir pris connaissance du dossier « décès » de

Nom _____ Prénom _____

et avoir remis ce certificat médical à ☐ M. ☐ M^{me} Nom _____

Prénom _____, en mains propres à sa demande, pour faire et valoir ce que de droit.

Fait à : _____

Signature et tampon du médecin :

Le : _____

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, 45 rue Eugène Oudiné, 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.