

Je certifie par la présente que _____
domicilié(e) à _____ et employé(e) par _____
est mort(e) le _____, 20 _____, de
(cause principale) _____
(cause secondaire) _____

Quand la maladie a-t-elle été diagnostiquée? _____

Selon vous, quand la dernière maladie est-elle devenue assez grave pour empêcher la personne décédée de travailler? (Préciser).

Type de décès : Mort naturelle Accidentel Suicide Homicide Indéterminé

La personne décédée fumait-elle? Oui Non Dans l'affirmative, depuis combien de temps? _____

Fait à _____ le _____ 20 _____

La présente doit être remplie au complet par le médecin traitant. D' _____

(Signature du médecin)

(Nom du médecin en caractères d'imprimerie)

(Adresse)

(Numéro de téléphone)