

CERTIFICAT DE DECES

Notre référence:

Veuillez renvoyer ce certificat, dûment et lisiblement complété **par le médecin traitant**, au Médecin Conseil de la compagnie **North Europe Life Belgium S.A.**, 11 Boulevard de la Plaine, 1050 Bruxelles.

Nom et prénoms du patient	
Date et lieu de naissance	
Date et lieu de décès	
Cause du décès	
<u>Si la cause du décès est une maladie:</u>	
Nature exacte de cette maladie	
Date d'apparition des premiers symptômes de cette maladie	
Date depuis laquelle le patient est au courant de cette maladie	
<u>Si la cause du décès est un accident:</u>	
Circonstances de cet accident	
Avez-vous traité le patient pendant les trois dernières années? Si oui, pour quelles maladies et à quelles dates?	
Date depuis laquelle vous êtes le médecin du patient	

Secret Médical – A l'attention du médecin

Conformément à l'Article 61 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, ce certificat peut être directement transmis sous pli fermé et confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de North Europe Life Belgium S.A., pour autant que l'assureur justifie l'accord préalable de l'assuré.

La police, dûment signée par l'assuré, prévoit la clause suivante:

“Il autorise la Compagnie d'assurance North Europe Life Belgium à enquêter dès à présent sur les causes de son décès éventuel et il déclare formellement délier du secret professionnel les médecins qu'elle jugera devoir interroger à ce sujet.”

Fait à _____, le _____

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN: