



AVIS DE DÉCÈS ASSURANCE SOUS FORME DE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS DÙ À LA MALADIE

Veillez donner une réponse exacte et complète à chaque question pertinente, puis nous renvoyer cet avis de sinistre par retour de courrier.

Données personnelles de l'assuré/e:

Nom:	Prénom:
Rue:	NPA/Localité:
Date de naissance:	N° AVS:
Date de décès:	Cause du décès:
Compte bancaire/postal:	N° d'assurance:

Données de la personne ayant communiqué le décès:

Nom:	Prénom:
Rue:	NPA/Localité:
N° de tél.	Lien avec la personne défunte:
E-mail:	

Déroulement de la maladie

Date de l'apparition de la maladie:

Type de la maladie:

Description précise de l'évolution de la maladie et de la cause (bref exposé):

.....

.....

.....

Médecins/Hôpitaux traitants:

(adresses précises)

.....

Remarques:

.....

Lieu, date

Signature de la personne ayant communiqué le décès