



**AVIS DE DECES
ASSURANCE SOUS FORME DE CAPITAL EN CAS DE DECES DU A 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° ass. sociale:
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.:	E-mail:
Lien avec la personne défunte:	
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 établissant l'avis