



**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.

<b>Données personnelles de l'assuré/e:</b>	
Nom: .....	Prénom: .....
Rue: .....	NPA/Localité: .....
Date de naissance: .....	N° AVS: .....
Date de décès: .....	Cause du décès: .....
Compte bancaire/postal: .....	N° d'assurance: .....
<b>Données de la personne ayant communiqué le décès:</b>	
Nom: .....	Prénom: .....
Rue: .....	NPA/Localité: .....
N° de tél. ....	Lien avec la personne défunte: .....
E-mail: .....	
<b>Déroulement de la maladie</b>	
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