

Preuve de décès-Déclaration du bénéficiaire

Par les présentes, il est déclaré à ALTERNATIVE INSURANCE COMPANY S.A. que
est décédé (e), et qu'il (elle) était assuré (e) conformément à la police numéro
et que le soussigné à légalement droit de de ladite police.

pour la somme de

Nom et prénom du réclamant :

Votre date de naissance du réclamant :

Téléphone :

Jour / Mois / Année

Adresse du réclamant :

Lien parenté du réclamant avec l'assuré :

A quel titre soumettez-vous cette réclamation? (Bénéficiaire, ayant droit, administrateur de biens)

Adresse de la personne décédée :

Date de naissance:

Lieu de naissance de la personne décédée :

Jour / Mois / Année

Quand l'état de santé de la personne décédée a-t-il commencé à se détériorer?

Cause du décès?

S'il s'agit d'un accident veuillez donner les détails :

Nom et Adresse de chacun des médecins qui ont soigné et prescrit un traitement à l'assuré avant son décès:

Si la personne décédée bénéficiait d'une autre assurance-vie, veuillez donner des détails à ce sujet. (Enumérez toutes les compagnies)

| Compagnie | Montant | Date |
|-----------|---------|---------------------|
| | | Jour / Mois / Année |
| | | Jour / Mois / Année |
| | | Jour / Mois / Année |

Je, soussigné, autorise les hôpitaux, médecins ou autres personnes qui auront examiné ou traité

à fournir à ALTERNATIVE INSURANCE COMPANY S.A., ou à son représentant, toutes les informations ayant trait aux maladies, antécédents de santé, consultations, prescriptions ou traitements, ainsi que les dossiers médicaux et hospitaliers la/le concernant. La photocopie de la présente autorisation fera foi et aura la même valeur que l'original.

Date :

Jour / Mois / Année

Signature

Ce formulaire doit être accompagné de toutes les pièces justificatives exigées par la compagnie