

## Preuve de décès-Déclaration du demandeur

(A ne remplir que si la réclamation a trait à une assurance-vie)

**La déclaration du demandeur doit être remplie par la ou les personnes auteurs de la réclamation et accompagnée d'une copie certifiée du Certificat de décès**

Par les présentes, il est déclaré à ALTERNATIVE INSURANCE COMPANY S.A. que M./Mlle./Mme  
est décédé (e), et qu'il (elle) était assuré (e) conformément à la police numéro \_\_\_\_\_ pour la somme de  
gourdes et que le soussigné est légalement le titulaire / bénéficiaire de ladite police, les preuves concernant la réclamation ci-faite figurant ci-dessous.

Votre nom et prénom :

Votre date de naissance :

Jour / Mois / Année

Votre domicile fixe :

A quel titre soumettez-vous cette réclamation? Bénéficiaire, ayant cause, exécuteur testamentaire, administrateur de biens, curateur Mandataire :

Qui possède la police?

Domicile de la personne décédée :

Profession de la personne décédée :

Date de naissance:

Lieu de naissance de la personne décédée :

Jour / Mois / Année

De quelle source provient-elle? (Acte de Naissance, Extrait des archives, certificat de baptême)

Lieu du décès :

Date du décès :

Jour / Mois / Année

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

Quand la personne décédée a-t-elle entièrement cessé de travailler?

Cause du décès?

Si le décès n'est dû qu'à des blessures corporelles, veuillez indiquer

Nom et Adresse de chacun des médecins qui ont soigné et prescrit un traitement à la personne décédée pendant les cinq dernières années:

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, prescription 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