

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE DÉCÈS

(Plan Assurance Retraite - Assurance Collective)

1. À COMPLÉTER PAR LE SOUSCRIPTEUR

(Cette section doit être remplie par le souscripteur du contrat avant transmission à l'assureur.)

Souscripteur :
(Employeur)

No de Police :

Code de l'adhérent :

La personne décédée avait-elle cédé son contrat à un tiers ? **oui** **Non**

(Si oui, veuillez joindre le formulaire de cession et la documentation justificative.)

Attention : En cas de cession, le règlement des prestations sera effectué au bénéficiaire de la cession, conformément aux dispositions du contrat, jusqu'à concurrence du montant cédé. Si ce montant a diminué, une attestation du cessionnaire précisant le montant restant dû sera requise.

2. INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT

Nom (Adhérent) :

Prénom (Adhérent) :

Date de Naissance :

JJ - MM - AAAA

Adresse Complète :

ID (Adhérent) :

Joindre une pièce d'identité valide.

NIF

No de Passeport

CIN

Profession :

3. CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Date de décès :

Lieu exact du décès :

JJ - MM - AAAA

Cause du décès (naturelle, maladie, accident, etc.) :

Le décès est-il le résultat d'un accident?

Oui

Non

S'agit-il d'un suicide?

Oui

Non

Y a-t-il eu enquête relativement au décès?

Oui

Non

Brève description des circonstances du décès :

Nom et adresse des médecins qui ont traité la personne décédée au cours des 2 dernières années:

4. INFORMATIONS SUR LE DÉCLARANT

Nom & Prénom:

Relation avec le décédé : ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Représentat légal ☐ Autre:

Adresse Complète :

Téléphone : **E-mail :**

ID (Adhérent) :

NIF

No de Passeport

CIN

5. DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires désignés seront consultés sur le certificat d'adhésion ou le dernier avenant y afférent.

- Aucune information supplémentaire n'est requise de la part du déclarant à ce sujet.

6. DÉCLARATION DES AUTRES CONTRATS D'ASSURANCE VIE SOUSCRITS AUPRÈS DE AIC

La personne décédée détenait-elle d'autres contrats d'assurance vie avec AIC? Oui ☐ Non ☐

Si oui veuillez fournir les renseignements suivants:

Assurance Mediacarte (bénéfice décès)	No de Contrat : _____	No certificat: _____
ExcessLife	No de Contrat : _____	
Optima	No de Contrat : _____	
Educassur	No de Contrat : _____	
Autre (à préciser) :	No de Contrat : _____	

7. PIÈCES JUSTIFICATIVES

Certificat de Décès
 Acte de Décès
 Rapport de Police (Obligatoire si enquête liée au décès)
 Certificat Médical
 Photocopie de la pièce d'identité de l'adhérent décédé
 Photocopie de la pièce d'identité du déclarant
 Formulaire de cession (si applicable)
 Photocopie de la pièce d'identité du/des bénéficiaire(s)

8. SIGNATURE ET ATTESTATION

Je, soussigné(e), _____, agissant en qualité de
 (Lien avec l'assuré décédé) _____, déclare que les
 informations fournies dans le présent formulaire sont exactes et complètes à ma connaissance.
 Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner le rejet de la demande
 d'indemnisation ou d'autres conséquences conformément aux dispositions du contrat d'assurance.
 Je m'engage à fournir tout document justificatif nécessaire à la gestion de cette déclaration et autorise
 l'assureur à vérifier les informations communiquées auprès des organismes compétents.
 Je reconnais également que le paiement des prestations sera effectué conformément aux conditions
 prévues dans le contrat d'assurance souscrit par le Souscripteur sus mentionné, et que l'assureur se
 réserve le droit de demander toute information complémentaire avant de procéder au règlement.
 En outre, je, soussigné(e), autorise les hôpitaux, médecins ou autres personnes qui auront examiné
 ou traité l'adhérent susmentionné 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.

Fait à :

Le :

JJ - MM - AAAA

Déclarant

Souscripteur