

## DEMANDE DE REGLEMENT D'UN CAPITAL DECES TOUTES CAUSES

### RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Le souscripteur soussigné,

**RAISON SOCIALE** : .....

**ADRESSE** : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Souscripteur du **contrat collectif n°** : .....

Certifie que (Mr) (Mme) (Melle) :

**NOM et PRENOM de l'ASSURE DECEDE** : .....

Date de Naissance : ..... Nbre d'enfants à charge : .....

Sit. de famille :  célibataire  marié(e)  vie maritale  veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e)

**Statut** :  SPV  SPP  PAT

✓ était adhérent du souscripteur depuis le : .....

✓ a été effectivement au travail jusqu'au : .....

✓ a cessé le travail pour maladie ou accident depuis le : .....

### RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

Date du décès : .....

Date de l'arrêt de travail (*si le décès y fait suite*) : .....

CAUSE du décès :  Maladie  Accident  Suicide  Autre : (*préciser*)  
.....

Origine du décès :  en service commandé  hors service commandé

vie privée

Fait à : .....

**Cachet et signature du souscripteur**

Le : .....