

1. Numéro du ou des contrats	.....		
2. Nom et prénom(s) de la personne décédée	Date de naissance ( ..... / ..... / ..... )		
3. Adresse lors du décès	.....		
4. État civil lors du décès	célibataire <input type="checkbox"/>	mariée <input type="checkbox"/>	veuve <input type="checkbox"/>
	séparée de fait <input type="checkbox"/>	séparée légalement <input type="checkbox"/>	divorcée <input type="checkbox"/>
5. Si la personne décédée était mariée, séparée, veuve ou divorcée, donnez le nom du dernier époux ou de la dernière épouse.	.....		
6. La personne décédée avait-elle : Répondez oui ou non à chaque case. Si oui, donnez la date de l'acte légal visé.	Un testament * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Un contrat de mariage ou d'union civile oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Date : * Si oui, joindre une copie du testament.		Date :
7. Avez-vous effectué la demande de recherche testamentaire?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (Si oui, joindre les copies des certificats de recherche testamentaire.)		
8. Laisse-t-elle des enfants?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (Si oui, combien ..... leur âge.....)		
9. Date et lieu du décès (si c'est un hôpital, inscrire le nom et l'adresse) – Joindre l'original de la preuve du décès.	Date : .....		
	Lieu : .....		
10. Cause immédiate du décès	.....		
11. La personne décédée faisait-elle usage de tabac sous une forme quelconque?	oui <input type="checkbox"/> Depuis le ..... / ..... / ..... Usage quotidien (nbr) .....		
	non <input type="checkbox"/> A-t-elle fait usage de tabac dans le passé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, à quelle date a-t-elle cessé l'usage du tabac : ..... / ..... / .....		
12. Quand la personne décédée a-t-elle commencé à montrer des signes de mauvaise santé?	Quand sa dernière maladie a-t-elle commencé?		
13. Quand pour la première fois un médecin a-t-il été consulté pour la dernière maladie?	.....		
14. Quand la personne décédée se rendit-elle pour la dernière fois à son emploi habituel?	(Dernière profession.....)		
15. Nom et adresse des médecins qui ont traité la personne décédée au cours des cinq dernières années ainsi que des hôpitaux où elle a séjourné.	Nom	Adresse	Date
	Maladie		
a).....	.....	.....	.....
b).....	.....	.....	.....
c).....	.....	.....	.....
16. Détails des contrats détenus dans d'autres compagnies, sur la vie de la personne décédée.	Nom de la compagnie	Date du contrat	Montant
	Nom de la compagnie	Date du contrat	Montant
.....	.....	.....	.....
17. À quel titre faites-vous cette demande?	bénéficiaire <input type="checkbox"/>	héritier légal <input type="checkbox"/>	exécuteur testamentaire <input type="checkbox"/>
	tuteur <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	.....
18. Quelle est votre date de naissance? ...../...../.....	Numéro d'assurance sociale : ..... (sera utilisé à des fins fiscales seulement)		

Je, soussigné(e), certifie par les présentes que les réponses aux questions ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, exactes, complètes et qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites sous serment.

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du réclamant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Adresse du réclamant

Tél. : \_\_\_\_\_