

Service Prestations Décès- Termes

69061 LYON Cedex 06

Tél : 04.37.47.53.69

Fax : 04.78.93.47.81

CABINET CLG FINANCES

16 RUE ANATOLE FRANCE

92300 LEVALLOIS PERRET

Lyon, le 6 février 2009

Nos références :

Contrat TEMPO.NAT. N° 1206367

Objet : Déclaration de sinistre

Assuré : Monsieur BOTTE GUY

Messieurs,

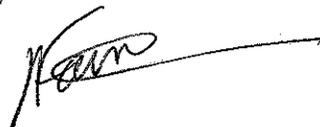
Nous faisons suite à la réception de l'acte de décès de Monsieur BOTTE GUY survenu le 13/12/2008.

Afin de procéder à l'étude des droits du ou des bénéficiaires, nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre les documents suivants :

- si le décès résulte d'un accident : une déclaration des ayants droits précisant les causes et circonstances du sinistre ou le procès verbal de gendarmerie (ou de police),
- le certificat post-mortem joint, complété par le médecin du défunt ou le médecin ayant constaté le décès,
- la déclaration jointe dûment complétée par les ayants droits,
- l'original du contrat ou attestation de perte,
- la copie recto verso de la carte nationale d'identité en cours de validité de chaque bénéficiaire, Mme BOTTE Aline et Mr BOTTE Aurélien. Si l'enfant est mineur, une attestation d'autorité parentale signée de Mme BOTTE Aline,
- copie complète du livret de famille.

Nous restons à votre disposition et nous nous vous prions d'agréer, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Service Prestations Décès-Termes,
Martine FAURE





Solutions
d'assurances

Contrat n° 1206367 / BOTTE GUY

DECLARATION DE SINISTRE DECES (à remplir par les ayants droit)

Identité de l'assuré

Nom : Prénom :
Date de naissance : Adresse :
Profession exacte au moment du sinistre :
Nom et adresse du médecin traitant :

Circonstances du décès

Date du décès :

Cause du décès : Maladie Accident Suicide Homicide

Si maladie : de quelle(s) affection(s) s'agit-il ?

Dates des premiers troubles : Date des premiers symptômes :
Avait-il souffert dans le passé de cette maladie ? Oui Non A quelle(s) date(s) ? :

Si autre cause : Date et lieu ?

* Y a-t-il eu enquête de police, de gendarmerie ? Oui Non

* Y a-t-il eu des articles de presse ? Oui Non

Si, oui, joindre les documents en votre possession.

L'assuré a-t-il été hospitalisé : Oui Non *Si oui, quand et où (nom et adresse de l'établissement)*

.....
.....
.....

Soins et traitements suivis au moment du décès :

.....
.....
.....

Je soussigné(e) :

Certifie que les réponses sont exactes et sincères

Signature des ayants droit

A : le :



Solutions
d'assurances

A remplir par le médecin traitant

OU A DEFAUT PAR LE MEDECIN AYANT CONSTATE LE DECES

(remis aux héritiers à leur demande)

Concerne : Mr BOTTE GUY -

DATE DU DECES : Depuis quelle date l'assuré était-il votre patient ?.....

Est-ce vous qui avez constaté le décès ? oui non

Sinon, qui a fait le constat ?

Quelle est la cause du décès ? : Maladie Accident Suicide Homicide

Si maladie : de quelle maladie s'agit-il ?.....

Dates des premiers troubles : Date du premier examen médical :

Date du premier traitement :

L'assuré avait-il souffert par le passé de la même maladie ? oui non

A quelle(s) date(s) ?

QUELS SOINS ET TRAITEMENTS L'ASSURE SUIVAIT-IL AU MOMENT DU DECES :

L'ASSURE FUMAIT-IL ? SI OUI, POUR QUELLE CONSOMMATION JOURNALIERE ?

POUR QUELLES MALADIES, OPERATIONS OU ACCIDENTS, L'ASSURE AVAIT-IL ETE TRAITE ?

A quelle(s) date(s) ?

CES DERNIERES ANNEES L'ASSURE AVAIT-IL :

* été hospitalisé oui non date : motif :

* été opéré oui non date : motif :

* suivi un traitement oui non date : motif :

L'assuré avait-t-il des séquelles d'accidents ou de maladies antérieures, ou d'autres antécédents de santé qui auraient pu favoriser la survenance du décès (facteurs de risques ou de fragilisation) ?

oui non

Si oui, lesquelles et à quelles dates ?

Ces séquelles aggravaient-elles l'état de santé ? oui non

A : le :

Cachet et signature du médecin