



1. Informations administratives : à remplir par l'héritier / demandeur

Informations concernant l'héritier - demandeur

Madame Monsieur

Nom (en majuscules) :

E-mail :

Prénom :

Date de naissance :

Rue + n° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

N° de téléphone :

Lien avec le défunt :

époux(se) cohabitant légal parent enfant autre :

Informations concernant l'assuré

Madame Monsieur

Nom (en majuscules) :

Prénom :

Date de naissance :

Date du décès :

Rue + n° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Informations concernant le crédit assuré

Type de financement : crédit hypothécaire - date de l'acte authentique :
 crédit auto/prêt personnel
 crédit à la consommation / carte de crédit

Société de financement :

Numéro de contrat / Numéro de client :

Date d'effet du contrat :

Autorisation et déclaration

Le soussigné déclare avoir complété le présent document correctement, et avoir connaissance du fait qu'une omission ou une inexactitude quant aux informations communiquées peut exonérer l'assureur de ses obligations, conformément aux conditions générales d'application.

Au cas où la police a été souscrite en couverture d'un crédit, et pour autant qu'il en soit le bénéficiaire, le soussigné, se portant fort pour tous les autres co-bénéficiaires éventuels, autorise BNP PARIBAS CARDIF à payer le capital décès à la société de financement, et ce à concurrence du solde restant dû au moment du décès. (*)

Le soussigné déclare que les informations communiquées sont correctes et accepte la déchéance de tous ses droits en cas de fausse déclaration. Les données que le soussigné communique peuvent être traitées par BNP PARIBAS CARDIF en vue de la gestion des sinistres (loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée). Le soussigné peut obtenir des renseignements complémentaires auprès de la Commission de la protection de la vie privée, et a le droit d'accéder aux données et de demander, le cas échéant, rectification de celles-ci auprès de BNP PARIBAS CARDIF.

(*) Biffer en cas de désaccord

Date et signature héritier / demandeur



2. Informations concernant le décès : à compléter par le médecin de famille de l'assuré ou le médecin qui a constaté le décès

Je soussigné,, docteur en médecine, déclare avoir constaté le décès de

le/...../..... .

Date du décès : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lieu du décès : _____

La cause du décès est :

Maladie (merci de préciser) : _____

Date des premiers symptômes : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Noms et dates des traitements :

_____ de : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | à : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ de : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | à : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ de : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | à : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Accident (merci de préciser) : _____ n° PV : _____

Suicide : _____ n° PV : _____

Autre (merci de préciser) : _____ n° PV : _____

Date et raison du dernier jour de travail de l'assuré : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _____

Coordonnées du médecin de famille :

Nom : _____ E-mail : _____

Rue + n° : _____ Boîte : _____

Code postal : _____ Commune : _____ N° de téléphone : _____

Date, signature et cachet du médecin :