

## DECLARATION DE DECES

### A COMPLETER PAR LES AYANTS-DROIT DE L'ASSURE

**Pour préserver toute confidentialité, ce document devra être remis sous pli cacheté et adressé à :**  
**SOGECAP - A l'attention du Médecin Conseil - 42 Boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLEANS CEDEX 1**

#### Identification de l'assuré

Mademoiselle       Madame       Monsieur

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

#### Identification de l'ayant-droit

Mademoiselle       Madame       Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Lien avec l'assuré : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant de l'assuré (si connaissance) : \_\_\_\_\_

#### Informations relatives au Décès de l'assuré

Date du décès : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Lieu du décès : \_\_\_\_\_

Le décès a-t-il donné lieu à une enquête de police ou de gendarmerie ?  oui     non

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'ayant-droit :

#### RAPPEL DES PIÈCES A TRANSMETTRE AVEC LA DECLARATION

- Une copie du tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre
- La demande d'adhésion à l'assurance
- Un extrait de l'acte de Décès
- Un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par votre médecin traitant de l'Assuré
- En cas de décès accidentel, tout document précisant les circonstances de celui-ci : procès verbal de gendarmerie ou à défaut le rapport de police, coupure de presse...