

Demande de versement du capital décès assurance

Coordonnées de l'Expéditeur

(Nom, Prénom, Adresse, Numéro de téléphone)

Coordonnées du Destinataire

(Adresse)

A, le

LRAR

Objet : Demande de versement du capital décès assurance

Madame, Monsieur,

Suite au décès de Monsieur (ou Madame)

Nom : Prénom :

N° d'adhésion :

N° du contrat d'assurance décès :

Lien de famille :

Adresse :

Décès survenu le : à

Je procède aux démarches et formalités qui m'incombent.

A ces fins, je vous prie de trouver sous ce pli une copie de l'acte de décès ainsi que la copie du justificatif d'affiliation au contrat ci-dessus référencé.

En effet, l'assurance décès dénommée.....avait été souscrite par le défunt auprès de votre compagnie.

Conformément à ce contrat, je vous demande de : *(selon le cas)*

- Me verser, en tant que personne bénéficiaire, la somme prévue sur le compte bancaire (postal) N°....., ouvert à l'agence....., pour lequel vous trouverez un relevé d'identité bancaire joint
- Régler à l'entreprise de pompes funèbres....., (Adresse)....., désignée comme bénéficiaire, les sommes dues .
-

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Signature

Pièces jointes :

- Copie de l'acte de décès
- Justificatif d'affiliation au contrat
- RIB