

FORMULAIRE DE DECLARATION DE SINISTRE

Date de déclaration

Nom du déclarant (l'institution)

INFORMATIONS SUR LA POLICE D'ASSURANCE

Produit d'assurance*

**Par exemple KIMIA Famille*

Numéro de la police

INFORMATIONS SUR LE SINISTRE

Garantie sinistrée*

**Décès ou PTIA*

Date de survenance du sinistre

INFORMATIONS SUR L'ASSURE

Numéro matricule

Nom complet

Sexe

Date de naissance

Profession

Je, soussigné, déclare sous l'honneur que les informations renseignées sur ce formulaire sont correctes.

Date et signature du déclarant (l'institution)