



DIASPORA INSURANCE

Peace of Mind, Guaranteed!

Tel: +44 121 295 1116 | Mob: +44 770 3838 304 | Authorised & Regulated By: FCA, UK: 795897 | FSCS Protected

DiasporaInsurance.com

CERTIFICAT DU DEMANDEUR DE SERVICES FUNÉRAIRES DU DFCP

Des informations complètes et exactes doivent être fournies dans ce certificat et assurez-vous que vous ne commettez pas de crime en fournissant des informations erronées ou fausses. Diaspora Insurance (« La Société ») se réserve le droit de demander des documents justificatifs supplémentaires, de vérifier l'authenticité de tous les documents soumis, de signaler à la police la poursuite de toute réclamation frauduleuse qui constitue une infraction pénale.

Je soussigné (*renseigner le nom complet*) ; _____
notifie à Diaspora Insurance le décès de la personne couverte ci-dessous. Pour justifier ma demande, je réponds ce qui suit :

SECTION A : DÉTAILS SUR LE DÉFUNT ET LE DEMANDEUR :

Non.:	Détails	Section à remplir:
DÉCÉDÉ:		
1.	Numéro de police :	
2.	Nom complet du défunt :	Titre: _____
		Prénom: _____
		Deuxième prénom(s) : _____
		Nom de famille: _____

Certificat du demandeur - DFCP

3.	Adresse résidentielle complète du défunt au moment du décès :	
4.	Autres détails sur le défunt	Numéro de carte d'identité/passeport : _____ Date de naissance: _____ Date du décès : _____ Lieu du décès : _____ Profession au moment du décès : _____ Date connue du début de la maladie : _____ Durée de la dernière maladie : _____ Cause principale du décès : _____
5.	Le défunt est-il mort par suicide ou à cause d'une violation d'une loi ?	Oui/Non: _____ Dans l'affirmative, précisez : _____
6.	Lien de parenté entre le défunt et le preneur d'assurance :	
DEMANDEUR:		
7.	Lien du demandeur avec le défunt :	
8.	Si vous n'êtes pas le titulaire de la police, indiquez à quel titre vous faites cette réclamation :	

CASH PLAN
For Your Dignity!

SECTION B : HÔPITAL/DOMICILE/HOSPICE/MORGUE OÙ SE TROUVE LE CORPS DU DÉFUNT :

Non. :	Détails:	Section à remplir:	
1.	Nom de l'hôpital / Domicile / Hospice / Salon :		
2	Adresse physique :		
3.	Personne à contacter :		
4.	Coordonnées :	Portable:	
		Tél. :	
		email:	
		Web:	

SECTION C : COORDONNÉES BANCAIRES POUR LE RÈGLEMENT:

Non. :	Détails:	Section à remplir:
1.	Nom du détenteur du compte bancaire :	
2.	Nom de la banque :	
3.	Adresse de la banque :	
4.	Nom/Code de la branche :	
5.	Numéro de compte:	
6.	BIC :	
7.	CODE IBAN/SWIFT :	
8.	Toute autre instruction sur le versement des prestations :	

SECTION D : DOCUMENTS SOUMIS

Non. :	Document/Détails :	Cochez ☒
1.	Ordre d'inhumation (pour les demandes de règlement de frais funéraires préalables à l'inhumation) :	
2.	Acte de décès:	
3.	Rapport de police (si la cause du décès est accidentelle) :	
4.	Carte d'identité/passeport du défunt :	
5.	Document concernant la police d'assurance :	
6.	Preuve d'identité du demandeur :	

7.	Justificatif de domicile du demandeur :	
8	Autre, précisez :	

DÉCLARATION ET GARANTIE DU DEMANDEUR

1. Je déclare et garantis par la présente que les détails et documents justificatifs ci-dessus sont authentiques, véridiques et corrects à tous égards.
2. Dans le cas où cette prestation est versée à la suite d'une fausse déclaration, d'une non-divulgence, d'une description erronée ou d'une action frauduleuse de ma part, je comprends parfaitement que je serai tenu de rembourser ou de restituer la prestation et que la Société aura le droit de signaler le crime à la police et d'engager des poursuites judiciaires pour récupérer la prestation et tous les frais encourus.

Fait à _____ le _____ du mois de _____ 20 _____

Signature du demandeur : _____ N° de passeport/carte d'identité _____

Nom complet: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone : _____ email: _____

Que se passe-t-il après avoir rempli le formulaire?

Vous pouvez soumettre le formulaire de réclamation et les documents justificatifs de l'une des façons suivantes :

1. Déposer physiquement les documents dans l'un des bureaux de Diaspora Insurance,
2. Envoyez les photos des documents par WhatsApp au: **+44 770 3838 304**,
3. Numérisez et envoyez des documents par e-mail à : **customercare@diasporainsurance.com**, ou
4. Téléchargez les documents sur le compte Diaspora Insurance du titulaire du compte si vous en connaissez les identifiants.

Besoin d'aide ?

Si vous avez besoin d'aide, veuillez contacter **Diaspora Insurance – DFCP Claims Team** aux numéros suivants : **Portable /WhatsApp : +44 770 3838 304 | Tél. : +44 121 295 1116** ou

CASH PLAN
For Your Dignity!