

# SECOURS IMMEDIAT AU DECES

29 C Rue de Talant - CS 40750

21007 DIJON Cedex

Le Docteur (Nom, Prénom) : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Date de naissance : /\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ / Votre N° d'adhérent au SID (1): /\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : /\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / Ville : .....

(1) Le numéro d'adhérent figure sur le dernier appel de cotisation

**Désire qu'à son décès, la collecte effectuée par le SECOURS IMMEDIAT AU DECES soit versée à :**

**BENEFICIAIRE 1 : NOM :** .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

ADRESSE COMPLETE : .....

.....

.....

**A défaut du bénéficiaire désigné ci-dessus, veuillez mentionner les éventuels autres bénéficiaires devant bénéficier du partage à parts égales de la somme à percevoir.**

	BENEFICIAIRE 2	BENEFICIAIRE 3	BENEFICIAIRE 4
NOM-Prénom			
Nom de jeune fille			
Adresse1			
Adresse2			
Adresse3			
Code Postal			
Ville			

**Si vous désirez un mode de répartition différent, veuillez le mentionner :**

.....

Date .....

Fait à : .....

Signature précédée de LU et APPROUVE