EXCELLENCE^MC
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE

# ANNEXE AVENANT FRACTURE

**Nom de l'assuré(e) :**

**Police n° :**

**Veuillez indiquer la date de l'accident :**

| |
|---|
| |

**Veuillez indiquer le lieu de l'accident :**

| |
|---|
| |

**Veuillez décrire les circonstances de l'accident :**

| |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|---|
| Signature : Date : |

**5055, Métropolitain Est, bureau 202, Montréal, Québec H7R 1Z7 ●Tél. :514-327-0020●1-800-465-5818●Télécopieur: 514-327-9313**