



Déclaration de décès (employés temporaires)

Employeur**N° de contrat**

Informations concernant la personne assurée

 Monsieur Madame

Nom

Prénom

Rue

NPA, Lieu

N° d'assuré

Date de naissance

Langue de correspondance Al Fr It An

Date d'entrée

Etat civil

 célibataire marié(e) veuf/veuve divorcé(e) en concubinat**En cas de divorce, prière de joindre la copie du jugement de divorce**

Décès

Décédé(e) le

Cause du décès

 Maladie Accident**Prière de joindre une copie du certificat de décès officiel et, en cas d'accident ou de suicide, d'effectuer la déclaration LAA.**

Rapport de travail

Premier engagement

 Inscription au 1^{er} jour Au bout de 3 mois

Dernier engagement

 Obligation d'entretien Volontaire**Veillez joindre une copie du contrat de travail et un décompte salaire détaillé.**

Partenaire

 Monsieur Madame

Nom

Prénom

Rue

NPA, Lieu

Téléphone

N° d'assuré

Prière de joindre un justificatif du partenariat (copie du livret de famille, contrat de concubinat, etc.).

Personne de contact (si ce n'est pas le ou la partenaire)

 Monsieur Madame

Nom

Prénom

Rue

NPA, Lieu

Téléphone

Lien de parenté

Indications concernant le cas de prestation

La personne assurée était-elle en incapacité de travail avant le décès

 Oui, depuis Non

Enfants

Dans la mesure où ils n'ont pas atteint l'âge de 18 ans, ou en formation jusqu'à l'âge de 25 ans.

Nom	Prénom	Date de naissance

Prière de joindre les attestations de formation.

Remarques

Lieu et date

--

Sceau et signature de l'employeur

--