

## 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<sup>er</sup> jour☐ Au bout de 3 mois

Dernier engagement

☐ Obligation d'entretien☐ Volontaire**Veuillez 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 |
|              |                                   |