

Déclaration de décès

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.**

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