

Données personnelles

Nom, prénom : Dossier no :
Date de naissance : AVS no :
Nationalité(s) : Sexe : féminin masculin
Rue :
NPA, localité : Pays :
Profession :
Employeur : Contrat no :
Date du décès : Le décès est dû à : une maladie un accident

Etat civil

célibataire marié(e) veuf/-ve divorcé(e) séparé(e)
 lié(e) par un partenariat enregistré partenariat enregistré dissous
Date du mariage / partenariat enregistré :
Date du divorce / dissolution du partenariat :

Situation familiale

	Prénom	Date de naissance
Conjoint / partenaire :
Enfant :
Enfant :
Enfant :
Enfant :

Prestations des assurances sociales (à compléter uniquement si le décès est dû à un accident)

Assurances en cas d'accident :

- a. Auprès de quelle compagnie avez-vous assuré votre personnel pour LAA ?
Adresse complète de la compagnie :
- b. Avez-vous contracté une assurance complémentaire pour votre personnel ? oui non
Adresse complète de la compagnie :

Annexe à remettre : copie de l'acte de décès



.....
Lieu et date

.....
Signature de l'employeur