

Annonce d'un cas de décès (à remplir par l'employeur)

Employeur _____ Contrat n° _____

Données de la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Rue _____ NPA/Localité _____

N° d'AVS 756. _____ Date de naissance _____

Etat civil _____ Date d'état civil _____

Dernière adresse avant le décès _____

Données du conjoint/partenaire enregistré ou de la personne de contact (en l'absence de conjoint/partenaire) Conjoint/Partenaire enregistré Personne de contact

Nom _____ Prénom _____

Rue _____ NPA/Localité _____

Téléphone _____ e-mail _____

N° AVS 756. _____ Date de naissance _____

Degré de parenté _____

Données relatives au cas de prestation

Date de décès _____ Lieu du décès _____

Entrée dans l'entreprise _____ Sortie de l'entreprise _____

Cause du décès maladie accident suicide

Nature de la maladie resp. nom de l'assureur LAA _____

Y avait-il une incapacité de travail avant le décès? oui, depuis* _____ non**si oui, joindre copies évent. Des certificats médicaux et des relevés d'indemnités journalières*

Maintien du paiement du salaire/salaire dû par l'entreprise jusqu'au (date) _____

Remarques

Lieu/date _____

Cachet/signature de l'employeur _____