

## Formulaire d'annonce de décès d'une personne assurée / d'un(e) bénéficiaire de rente

### Employeur

Entreprise	N° d'entreprise
------------	-----------------

### Personne assurée / bénéficiaire de rente

Nom	Prénom
Rue	Lieu
Date de naissance	N° AVS (nouveau)
Etat civil	Date du mariage

Date du décès de la personne assurée

Accident	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Veuillez joindre une copie de l'acte de décès officiel et du certificat de famille respectivement du livret de famille actualisé.

### Coordonnées personnelles du conjoint survivant / du partenaire en cas de communauté de vie analogue au mariage

Nom	Prénom
Rue	Lieu
Date de naissance	N° AVS (nouveau)
Téléphone P	Téléphone N

Est-ce que la personne assurée a-t-elle des enfants soumis à l'obligation scolaire ou en formation (jusqu'à l'âge de 25 ans révolus) ?  Oui  Non

Annexes

Remarques

Date d'expédition

Timbre et signature de l'employeur

