

Formulaire d'annonce de décès d'une personne assurée / bénéficiaire de rente

Employeur

Entreprise	N° d'entreprise
Nom	Prénom

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 assuré(e):				
Accident	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Si oui : Qui est l'assureur accident compétent ?				
Si oui : L'accident a-t-il été causé par une autre personne ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

Veuillez annexer une copie de l'acte de décès / livret de famille

Coordonnées personnelles du conjoint survivant / du concubin 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 la personne assurée a-t-elle des enfants à charge en âge de scolarité ou en formation (jusqu'à la 25 ^{me} année) ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Annexes	
Remarque	
Date d'expédition	Timbre et signature de l'employeur

