

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

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) ?	Oui	Non
--	-----	-----

Annexes

Remarque

Date d'expédition	Timbre et signature de l'employeur
-------------------	------------------------------------