



Décès

No décès

Annonce d'un décès

Informations sur l'employeur

 No d'entreprise Rue / No Personne responsable E-mail Employeur CP / Lieux No de téléphone

Informations sur la personne décédée

 No d'assurance sociale Nom Date de naissance État civil Nationalité Prénom Sexe Date de mariage | Partenariat enregistré Début d'assurance

Indemnité de salaire

 Au-delà du jour du décès jusqu'au:
(Veuillez indiquer la date exacte) Montant en % du dernier
salaire brut

Informations complémentaires

Date de décès

Cause de décès

☐

Maladie

☐

Accident*

☐

Suicide*

*Une copie de la déclaration d'accident doit impérativement être jointe par l'employeur

En cas d'accident

Déclaration à l'assurance accident ou militaire?

Oui

☐

Non

☐

Date d'annonce

Assureur responsable



Remarques

Signature de l'employeur

Lieu | Date

Timbre | Signature de l'employeur

Per sa signature, l'employeur confirme que les données sont complètes et exactes.